

# علم الاجتماع الطبى بين النظرية والتطبيق

دكتورة

نادية محمد عمر

أستاذ علم الاجتماع المساعد  
كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

الرواد للكمبيوتر والتوزيع  
٥ ش د. حامد نصر - كامب شيزار  
ت: ٠٦٢٩ ٠١٢ ١٧٨







# علم الاجتماع الطبى بين النظرية والتطبيق

دكتورة

نادية محمد عمر  
أستاذ علم الاجتماع المساعد  
كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

٢٠٠٧

الرواد للكمبيوتر والتوزيع  
٥ ش د. حامد نصر - كامب شيزار  
ت: ٠٦٢٩ ٠١٢ ١٧٨





# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## مقدمة الكتاب

حينما عقدت الرابطة السوسولوجية البريطانية اجتماعها السنوى عام ١٩٥٠، طالب عدد كبير من أعضائها بضرورة اهتمام علم الاجتماع بدراسة الطب، ولقد عجل هذا الموقف من نشأة علم الاجتماع الطبى عام ١٩٦٠، ذلك العلم الذى يمثل حلقة الوصل بين العلمين (الاجتماع والطب) فهو يدرس القضايا الخاصة بالصحة والمرض فى ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية فى المجتمع، وقد استخدم هذا العلم مفهومات ونظريات ومناهج علم الاجتماع ويحاول تطبيقها على دراسة النسق الطبى والعلاقات الاجتماعية داخله وهو بذلك لا يخدم الطب وحده وإنما يساهم فى تطوير النظرية والمنهج فى علم الاجتماع.

هذا، وقد انقسم هذا الفرع من فروع علم الاجتماع إلى فرعين هما: علم الاجتماع فى الطب *Sociology in Medicine* ويهتم بدراسة الشروط والظروف الاجتماعية للصحة والمرض، وخاصة الشروط المتعلقة بظروف معينة وهو بذلك يتميز بأنه بحث تطبيقي وتحليل للمشاكل الطبية أكثر من اهتمامه بالمشاكل الاجتماعية، وغالباً ما يكون عمل علماء الاجتماع فى هذا المجال داخل المدارس الطبية ومدارس التمريض ومدارس الصحة العامة، ويكون جهدهم مركزاً على التعاون المباشر مع الأطباء وكل من يعمل فى المجال الصحى لدراسة العوامل الاجتماعية ذات الصلة الوثيقة بالاضطرابات الصحية كالعمر والجنس والمكانة الاجتماعية والاقتصادية والتعليم والوظيفة ثم معرفة الطرق التى يمكن بها معالجة المشاكل الصحية، وهناك أيضاً علم اجتماع الطب *Sociology of Medicine* ويهتم بدراسة الطب كنظام قائم على استخدام مناهج وأساليب علم الاجتماع لدراسة العوامل الاجتماعية كالعلاقات والقيم والتنظيمات والأنماط المختلفة



للسلوك الإنسانى فى المجال الطبى، والمتخصص الأول فى هذه الدراسة هو عالم الاجتماع، بينما نجد أن علم الاجتماع فى الطب يمثل ميداناً للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والطب، ونحن هنا لسنا بحاجة إلى توضيح الفروق بين هذين الفرعين حيث أنهما وجهان لعلم واحد هو علم الاجتماع الطبى، وإنما هدفنا أن نتفق على أن هناك بعض الموضوعات التى يستطيع عالم الاجتماع أن يتصدى لدراساتها بمفرده (علم اجتماع الطب) وموضوعات أخرى لابد أن يتعاون فيها مع الطبيب المختص (علم الاجتماع فى الطب).

هذا، وقد تعددت مباحث واهتمامات علم الاجتماع الطبى مثل اهتمامه بإلقاء الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية فى حدوث وانتشار المرض وتوزيعه وعلاجه والوقاية منه، واهتمامه بدراسة الطبقة وعلاقتها بنوع المرض والاستجابة للعلاج، كما تجلّى الاهتمام بهذا الفرع فى التنظيمات الطبية وما يتبعها من علاقات رسمية وغير رسمية ودراسة لنسق العناية الطبية.

ويعتبر مبحث العلاقات الإنسانية داخل التنظيمات العلاجية وتنوع هذه العلاقات وتشابكها أحد مباحث هذا الكتاب وبخاصة علاقات الأطباء بالمرضى، فالتقدم العلمى الطبى الذى يسير بخطى سريعة يصعب على الكثيرين ملاحقتها وما يتمخض عن هذا التقدم من اختراع أجهزة وأدوات وأساليب علمية جديدة يساهم بمجهود كبير فى العلاج فتزداد كفاءتها وفعاليتها كل يوم مما يدعونا إلى مناقشة العلاقات بين الأطباء والمرضى التى هى أساس المهنة الطبية فكلاهما يكافحان معاً من أجل التغلب على المرض، فالعلاقة بين الطبيب والمريض تعتبر ضرورية من أجل إنجاز نظام علاجى سليم. وهنا تظهر أهمية هذه الدراسة فى تصديها لمجالات ظلت مهمة فى دوائر البحث العربى ذلك أنه قد أجريت عدة دراسات فى مجال علم الاجتماع الطبى وبقي موضوع العلاقات بين الأطباء والمرضى يثير لدى الباحثين الرغبة الجادة لتناوله بمزيد من البحث والدراسة الحقلية، ومن هنا كان اختيارنا لهذا المبحث، فالعوامل الكامنة فى نطاق التفاعل بين الطبيب والمريض ذات مغزى هام فى السنوات الأخيرة للاعتراف المتزايد بأن العلاقات الإيجابية بينهما هى فى حد ذاتها علاج ذو فاعلية كبيرة، فأهمية العلاقات بين الطبيب والمريض تبين لنا كيف أن الإنصات التام والتشجيع السابق



على العلاج ومنح المريض تعليمات قبل العلاج يمكن أن تحسن من تأثير العلاج بشكل مؤثر، كما تأتي الجدوى النظرية أيضاً لهذه الدراسة فى ربط الموضوع بقضايا نظرية كقضايا الاتجاه البنائى الوظيفى وما يرتبط بها من قضايا فرعية كقضية المعيارية وقضية الثبات والتكامل وأخيراً قضية المعوقات الوظيفية، أما عن الجدوى التطبيقية للدراسة فقد تكون هذه الدراسة أساساً لدراسات أخرى تهتم فى المقام الأول بالعلاقات الاجتماعية داخل المجال الطبى لمعرفة مدى عمق هذه العلاقات والوقوف على محاور الرعاية الصحية التى يمثل المريض فيها محوراً أساسياً بالإضافة إلى الطبيب والمريض.

أما المبحث الثانى فهو المبحث الخاص بدراسة الصحة والمرض وينقسم هذا المبحث إلى عدة موضوعات أساسية، فالموضوع الأول يتناول الصحة من حيث مفهومها ومجالاتها، وآخر يتناول البيئة وصحة المجتمع، والموضوع الثالث يتناول مفهوم المرض وأسبابه والنظريات المتعلقة به، ثم موضوع المهنة والمرض مركزاً على الأمراض المهنية وارتباطها بالصناعة، وموضوع يركز على المرض والعشوائيات باعتبارها مكان طبيعى لإفراز العديد من الأمراض، وأخيراً يتناول هذا المبحث لما يعرف باسم الطب الإسلامى والطب البديل.

والمبحث الثالث يتناول بعض القضايا الطبية من منظور اجتماعى فيركز أولاً على قضية التلقيح الصناعى ومشكلة العقم، ثم يتناول التحليل الاجتماعى لمرض الإيدز، وأخيراً قضية الاستنساخ ونظرة المجتمع له.

ومن المتوقع أن يجيب الكتاب على الكثير من التساؤلات التى يرددها الطلاب فى قاعات الدرس عن مدى وضع هذا العلم وأهميته بالنسبة لمستقبل حياتهم المهنية والأكاديمية، وأن يثير فى نفس الوقت لدى المهتمين بهذا الميدان ملاحظات وانتقادات يمكن أن تعود على هذا الكتاب بالنفع والثناء.







المبحث الأول  
علم الاجتماع الطبي  
المفهوم والمجالات

تمهيد .

أولاً - مفهوم علم الاجتماع الطبي.

ثانياً - عوامل الالتقاء بين الطب وعلم الاجتماع .

ثالثاً - مباحث واهتمامات علم الاجتماع الطبي .

رابعاً - مستقبل علم الاجتماع الطبي.







## تمهيد :

بدأ الطب فى أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين يعترف بأهمية العوامل الاجتماعية فى تخفيف حدة المرض وفى تأثير العلاقات الشخصية المتبادلة فى العلاج بعد ان كان يعتمد على المصطلحات البيولوجية فى تشخيص وعلاج المرض ولاسيما عندما بدأ هذا الميدان يشهد عدة تغيرات تعود إلى التغير فى نسبة انتشار المرض والى تقدم الطب الوقائى، الأمر الذى أدى إلى الثورة على الأساليب التقليدية فى الطب والانفتاح على ميادين المعرفة الأخرى ومنها علم الاجتماع، وبرغم الصعوبات التى واجهت علم الاجتماع فى بداية الأمر نتيجة لاعتراض البعض على تعليم طلاب الطب مادة علم الاجتماع، إلا ان مشاركة علم الاجتماع للتعليم الطبى أصبحت ضرورة فعالة فى تقدم هذا العلم فى السنوات الأخيرة بحيث أصبح علم الاجتماع ملازما للتعليم الطبى ورفيقا لا غنى للطب عنه، وكان من ثمار هذا كله ظهور علم الاجتماع الطبى عام ١٩٦٠ وذلك العلم الذى يمثل حلقة الوصل بين العلمين (الاجتماع والطب) فهو يدرس القضايا الخاصة بالصحة والمرض فى ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية فى المجتمع، وقد استخدم هذا العلم مفهومات ونظريات ومناهج علم الاجتماع ويحاول تطبيقها على دراسة النسق الطبى والعلاقات الاجتماعية داخل هذا النسق وهو بذلك لم يخدم الطب وحده وإنما يساهم فى تطوير النظرية والمنهج فى علم الاجتماع .

هذا وقد انقسم هذا الفرع من فروع علم الاجتماع إلى مجالين مختلفين: «علم اجتماع الطب» وهو يهتم بدراسة العوامل الاجتماعية كالتنظيمات والعلاقات والقيم والأنماط المختلفة للسلوك الإنسانى فى المجال الطبى والمتخصص الأول فى هذه الدراسة هو عالم الاجتماع، «أما علم الاجتماع فى الطب» فهو يهتم بدراسة الشروط والظروف الاجتماعية للصحة والمرض وهو بحث تطبيقى يهتم بتحليل المشاكل الطبية أكثر من اهتمامه بالمشاكل الاجتماعية وهو يمثل ميدانا للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والطب وقد تعددت مباحث واهتمامات ذلك العلم مثل اهتمامه بإلقاء الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية فى حدوث وانتشار المرض والاستجابة للعلاج، كما تجلّى الاهتمام بهذا الفرع فى التنظيمات الطبية وما تتضمنه من علاقات رسمية وغير رسمية ودراسة لنسق العناية الطبية ويعتبر



«مبحث العلاقات بين الأطباء والمرضى» أحد المباحث الهامة فى تطوير فهمنا لهذه العلاقة نتيجة لثراث البحث الزاخر والمهتم بذلك الموضوع فلم يكن من قبل إلا تراثا يهتم بدراسة الدور الاجتماعى لكل من الطبيب والمريض وأثره على عملية التفاعل بينهما وخلق اما نوع من العلاقات التبادلية بين الطبيب والمريض وإما علاقات عدااء وصراع بينهما، أو تراثا يختص بتحديد أشكال التفاعل التى تتم بين الطبيب والمريض من ناحية والعوامل المؤثرة فى هذا التفاعل من ناحية أخرى. كالجماعة المرجعية والطبقة والجنس والديانة والأصل العرقى والعامل النفسى، وأخير تراث البحث المختص بمجال الاتصال بين الأطباء والمرضى ومشاكل الاتصال نتيجة لاختلاف وجهات النظر بينهما واختلاف مستوى التعليم ودرجة الوعى .

ويهدف الفصل الحالى إلى استعراض هذا التراث ومحاولة الاستفادة منه فى تحديد القضايا الأساسية التى يتناولها هذا البحث، وبلورة مفهوم العلاقات بين الأطباء والمرضى واستخلاص بعض الملاحظات على تراث البحث المهتم بدراسة هذه العلاقات من حيث تحليل دور كل من الطبيب والمريض ليس بالتأكيد على العلاقات التبادلية بينهما فحسب وإنما على العدااء والصراع أيضا، وفهم التفاعل والاتصال بينهما ثم تحليل للعوامل المؤثرة فى هذا التفاعل من جماعة مرجعية وجنس ودين ووعى وطبقة ... الخ.

### أولاً - مفهوم علم الاجتماع الطبى :

بدأت فى السنوات الأخيرة من هذا القرن المطالبة بضرورة ادخال علم الاجتماع فى دراسة الطب وخاصة فى إنجلترا، بحيث أصبح من أهم سمات الممارسة الطبية ضرورة دراسة هذا العلم لأن الفهم السوسولوجى لكثير من الأحكام الطبية سيضفى عليه الكثير من الأحكام العقلانية وسوف يساعد على فهم سلوك الأطباء والمرضى وتنظيم المستشفى وتحقيق مزيد من الميزات لصالح المريض<sup>(1)</sup>.

فأخذ علماء الاجتماع فى تدعيم العلاقة بينهم وبين التعليم الطبى وفى تركيزهم على دراسة السلوك الاجتماعى المرتبط بالمرضى، وبرغم الصعوبات والتحديات التى اعترضت سبلهم فى بداية الأمر والمتمثلة فى محاولة علم

(1) David tuchett, An Introduction to medical sociology, tavistock publications, London, 1976, PP : 3:6



الاجتماع البرهنة على صحته وصدقه كعلم بالاضافة إلى اعتراض البعض على تعليم طلاب الطب مادة علم الاجتماع لأنها ستشغل جزءاً كبيراً من وقت الطلاب فى الطب بينما هم فى حاجة اليه لمعرفة المزيد من أجزاء الجسم الإنسانى، إلا ان مشاركة علم الاجتماع للتعليم الطبى أصبحت ضرورة فعالة فى تقدم هذا العلم فى السنوات الأخيرة بحيث أصبح علم الاجتماع ملازماً للتعليم الطبى ورفيقاً لا غنى للطب عنه<sup>(١)</sup>.

ولكن الطب أصبح يواجه طريقين مميزين : أولهما : المرض والعلاج من وجهة النظر الطبية، وثانيهما : قبول التصور الجديد للمرض باعتباره يشمل مشاكل الحياة أيضاً، وقد ترتب على هذا حدوث تغير فى مناهج التعليم الطبى بحيث تتلائم مع ذلك التصور الجديد للمرض<sup>(٢)</sup>.

وأصبح ضروريا للطب حتى يلعب دوره الهام فى المجتمع ان يستند إلى مصادر أخرى تساعد على القيام بهذا الدور وتمده بمعلومات أساسية عن طبيعة ووظائف المنظمات الإنسانية التى تختلف عن نوعية المعلومات الطبية، فهو يحتاج إلى أكبر قدر من المعلومات عن نسق العناية الصحية ولا سيما النظم الفكرية المختلفة وعلى رأس هذه النظم علم الاجتماع، فمن المؤكد ان الطب يحتاج إلى مصدر يمدّه بمعلومات يمكن ان ترقى بمستوى البحث الطبى وتعمل على توضيح العمليات الاجتماعية النظامية والتى لا يمكن الوصول إليها ادارياً أو معملياً، فالجال الطبى حينما يستخدم علم الاجتماع لا يستخدمه باعتباره هدفاً فى حد ذاته بل باعتباره وسيلة علاجية<sup>(٣)</sup>.

وحينما دخل علم الاجتماع المجال الطبى دخل على اساس ان الطب نظام مميز للسلوك الاجتماعى الإنسانى، كما ان الطب اعترف أيضاً بأن علم الاجتماع يمكن ان يساعد الأطباء على فهم مرضاهم وامدادهم بوسائل متطورة للعناية

(1) Samuel W. Bloom, The doctor and his patients, A Sociological interpretation, the free press, New York, 1965, P: 15

(2) William C. Cockerham, Medical Sociology, prentice Inc., Englewood cliffs, New York, 1978, P: 11

(3) Eliot Friedson, Sociology of Health and illness, Vo. 5, No.2, 1983, P: 208



الطبية، ومن ثم نجد ان هناك اهتماما متبادلا بين هذين النظامين، فبدأ علماء الاجتماع يدعون الأطباء لمشاركتهم فى مشروعات البحث الطبى، كما أصبحت الجامعات تحرص على تدريس مادة علم الاجتماع الطبى والدرجات العلمية الخاصة بها باعتبارها فرعاً جديداً من فروع علم الاجتماع<sup>(١)</sup>.

وقد شهد عام ١٩٥٠ مولد حركة تكوين وتنظيم لعلماء الاجتماع الطبى حيث تم الاعتراف بهم باعتبارهم جزءاً هاماً وضرورياً فى الرابطة السوسولوجية الامريكية، ولقد كان لعلماء الاجتماع الطبى دور هام فى هذا المجال حيث أثروا تأثيراً كبيراً فى منهج الدراسة وفى حفظ ومكانة هذا العلم، وكان من أهم اسهامات علم الاجتماع الطبى استخدام كثير من المفاهيم الموجودة فى علم الاجتماع فى المجال الطبى بحيث أصبحت الدراسة السلوكية أساس الدراسة الطبية، وفى عام ١٩٦٠ بدأت برامج التدريب وسعى علماء الاجتماع الطبى إلى توجيه برامج الأطباء لتدريهم وتعليمهم وكانت أهم اهداف هذه البرامج ما يلى :

- ١ - العمل على تطوير الكفاءات التكنيكية فى المجال الصحى .
- ٢ - ضرورة أن تشمل برامج التدريب فى علم الاجتماع الطبى التدريب على انجاز الدور والبحث عن مقبلة علماء الاجتماع الطبى فى الاتصال والتعامل مع الأطباء فى هذا المجال .
- ٣ - العمل على تطوير برامج التدريب بحيث تكون قادرة على تطوير الخدمات الصحية وتوزيعها<sup>(٢)</sup>.

وهنا تظهر أهمية علم الاجتماع الطبى حيث أن التغيرات التى تحدث فى نوعية المرض وفى تنظيمات العناية الصحية وفى نموذج ومحتوى اجراءات العلاج، وفى قدرة الطبيب على معرفة أسباب ونتائج المرض التى لا يستطيع فهمها عن طريق علاج المرض العضوى فقط، ولكنها تحتاج إلى معرفة المبادئ التى تحكم العلاقات بين الأفراد كفهمهم تماماً للعوامل التى تؤثر فى السلوك وفى المواقف

(1) William C. Cockerham, Medical Sociology, op. Cit., P:16

(2) Janin Vansteenkiste, teaching medical sociology, restrospection and prospection, mortinus nyhoff social science division, Leiden, Boston, 1979, P: 19



الاجتماعية المختلفة، وبرغم ذلك نجد أن الطبيب فى وقتنا هذا لا يعطى اهتماماً كافياً لهذه العلاقات الاجتماعية حيث أثبت الكثير من الدراسات أن معظم أسباب المعاناة التى يعانى منها المريض تكون نتيجة للاتصال غير الكاف بين الأطباء والمرضى<sup>(١)</sup>.

وربما يكون من أهم الصعوبات التى تقابل الأطباء هى عدم قدرتهم على فهم علم الاجتماع، فاذا نظرنا إلى عدد الباحثين فى المجال الطبى الذين وجدوا الفة مع علم الاجتماع نجده محدوداً للغاية نتيجة لصعوبة استخدام الوسائل التى يستعين بها علماء الاجتماع فى ملاحظة السلوك الإنسانى أو القدرة على رؤية المشاكل من المنظور السويولوجى، كما أن بعض الفسيولوجيين كانوا يرون أن استخدامهم للمنظور السوسولوجى لرؤية بعض المشاكل المتصلة بالصحة والمرضى إنما تنقص من السمة العلمية التى تمتاز بها أبحاثهم، كما يعتقد بعض الأطباء أن العناية بالمريض إنما تأتى من خلال خبراتهم وممارستهم دون الحاجة إلى البحوث السوسولوجية التى يعتمد معظمها على الملاحظات المتعمقة والتى تعتبر أقل قيمة من الأبحاث التى تجرى له فى العمل، وبرغم هذه الصعوبات التى تواجه علم الاجتماع الطبى إلا أن الاسهام الذى قدمه ودراساته المتواصلة فى هذا المجال أضافت الكثير إلى النظرية السوسولوجية ذاتها، ولكن لكى يقرب علم الاجتماع هذه الدراسات من أذهان الأطباء يجب استخدامها بمعنى سوسولوجى عام وبسيط حتى يستطيع البحث السوسولوجى أن يمدنا بحقائق ومعلومات وتصورات جديدة تمكن الأبحاث الطبية من الاستفادة منها فى دراسة المريض كإنسان يتأثر بالبيئة التى يتواجد فيها، ودراسة سلوكه الاجتماعى وعلاقة هذا السلوك بتصورات الصحة والمرضى، وحينما يتم التعاون بين الأطباء وعلماء الاجتماع سوف يؤدى هذا إلى فائدة علمية متبادلة<sup>(٢)</sup>.

ومن هنا نرى أن «علم الاجتماع الطبى» يمثل مجالاً مشتركاً بين الطب والاجتماع، ويعرف ميكانيك علم الاجتماع الطبى بأنه «مجموعة الجهود التى

(1) David tuckett, An Introduction to medical sociology, op., Cit., PP: 6:10

(2) Robert K. Merton and others, Sociology today problems and prospects, Harper and row publishers, New York, 1979, P: 229



تهدف إلى تطوير الأفكار السوسولوجية داخل سياق الأنساق الطبية، وإلى دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات الصحة والمرض» وهذا يعنى أن علم الاجتماع الطبى يمثل حلقة الوصل بين العلمين (الاجتماع والطب) فهو يدرس القضايا الخاصة بالصحة والمرض فى ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية فى المجتمع، حيث يمثل دراسة سوسولوجية لهذه القضايا<sup>(١)</sup>.

وفى عام ١٩٧٥ أخذ بعض العلماء وعلى رأسهم «روبرت سترأوس» طرح فكرة تقسيم علم الاجتماع الطبى إلى قسمين أو فرعين هما : علم الاجتماع فى الطب sociology in medicine وعلم اجتماع الطب sociology of medicine ويهتم «علم الاجتماع فى الطب» بدراسة الشروط والظروف الاجتماعية للصحة والمرض وخاصة الشروط المتعلقة بأمراض معينة، وهو بذلك يتميز بأنه بحث تطبيقي وتحليلي للمشاكل الطبية أكثر من اهتمامه بالمشاكل الاجتماعية، وغالباً ما يكون عمل علماء الاجتماع فى هذا المجال داخل المدارس الطبية ومدارس التمريض ومدارس الصحة العامة، ويكون جهدهم مركز على التعاون المباشر مع الأطباء وكل من يعمل فى المجال الصحى لدراسة العوامل الاجتماعية ذات العلاقة الوثيقة بالاضطرابات الصحية كالعمر والجنس والمكانة الاجتماعية والاقتصادية والتعليم والوظيفة، ثم معرفة الطرق التى يمكن بها معالجة المشاكل الصحية<sup>(٢)</sup>.

أما «علم اجتماع الطب» فهو يهتم بدراسة الطب كنظام قائم على استخدام مناهج وأساليب علم الاجتماع فهو اذن يهتم بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للنظم الصحية وعلاقة أنساق توزيع العناية الصحية بغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى، كما أنه يهتم بدراسة السلوك الاجتماعى للطبيب والمريض لمعرفة نوعية العلاقة بينهما وأثر هذه العلاقة على تطوير العناية الطبية<sup>(٣)</sup>. فعلم اجتماع الطب يختلف أذن عن علم الاجتماع فى الطب حيث أنه يتعامل مع بعض العوامل الاجتماعية كالتنظيمات والعلاقات

(١) على المكاوى، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، ١٩٨٨، ص ٢

(2) William C. Cockerham, Medical Sociology, op. Cit., P:4

(3) Ibid., P: 6



والقيم والأنماط المختلفة للسلوك الإنسانى فى المجال الطبى، كما يهتم أيضاً هذا الفرع ببحث وتحليل البيئة الطبية من منظور سوسولوجى والمتخصص الأول فى هذه الدراسة هو عالم الاجتماع المتخصص وحده، بينما نجد أن علم الاجتماع فى الطب يمثل ميداناً للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والطب<sup>(١)</sup>.

غير أننا لسنا فى حاجة هنا إلى توضيح الفرق بين هذين الفرعين حيث أنهما وجهان لعلم واحد هو علم الاجتماع الطبى، وإنما هدفنا أن نتفق على أن هناك بعض الموضوعات التى يستطيع عالم الاجتماع أن يتصدى لدراساتها بمفرده (علم اجتماع الطب) وموضوعات أخرى لابد وأن يتعاون فيها مع الطبيب المختص (علم الاجتماع فى الطب) فهدفنا ينحصر إذن فى دراسة اسهامات علم الاجتماع الطبى بفرعيه حرصاً على ثراء الممارسة الطبية من جانب واثراء النظرية السوسولوجية من جانب آخر .

## ثانياً - عوامل الالتقاء بين الطب وعلم الاجتماع :

### ١ - التغير فى نسبة انتشار المرض :

يمثل التغير الذى طرأ على الخبرة بنسبة إنتشار المرض دعامة لجانب كبير من الفكر الطبى المعاصر . إذ قد شهد القرن الماضى ما أطلق عليه غزو الأمراض الوبائية . ولم ينخفض فقط معدل الوفيات الامريكية إلى النصف فى الفترة ما بين (١٩٠٠ - ١٩٦٠) وإنما انخفض أيضاً اسهام الأمراض المعدية فى أحداث حالات الوفيات من ٤٠٪ إلى ٦٠٪ . وكما حدث هذا مع فئات العمر الطاعنة فى السن حدث أيضاً بالنسبة للمرض المزمن على كل مستويات العمر . وعندما لم يعد الأطباء يجدون بين قائمة مرضاهم اعداداً ممن تتأثر حالتهم بالمرض المعدى . عندئذ يمكن لهم أن يتفرغوا للمشكلات الأقل حيوية مثل الاضطرابات الانحلالية والحيوية والعصابية والشكاوى الجسمية النفسية وإعادة تأهيل المعوقين . وفى الواقع . وبعد ما أمكن السيطرة على الأمراض المزمنة بدأ يشعر كثير من المرضى بالنتائج طويلة المدى للمرض المزمن . فضلاً عن ذلك . ترد كثيراً من حالات المعوقين فيزيقياً من المرض المعدى . فمثلاً ينظر إلى حالات الصمم باعتبارها نتيجة

(1) Ibid., P: 6



ثانوية لأمراض معدية، كما ترد كثيراً من حالات مرض روماتيزم القلب إلى النتائج الثانوية المحتملة لبعض الأمراض المعدية . ومن أحد مشكلات الطب المعاصر أنه حتى برغم تطور وتوفر الأساليب الوقائية الفعالة المضادة للمرض المعدى، لم تحرص كل جماعات السكان على الاستفادة منها بنفس الدرجة .

وهكذا يبدو أن تهديد غزوات مرض لا يزال قائماً نتيجة لتمرد السكان ورفض الناس قبول التقدم العلمى، ورغم زيادة نجاح فنون العلاج فى التأثير على كل ما يهدد كبار السن وحياتهم الإنسانية . إلا أن المهتمين بالصحة العامة لازالوا يعانون اعباء الأمراض التى يمكن الوقاية منها .

ولقد اضطر الطب مع هذه التغيرات فى أنماط المرض إلى أن يوسع من منظوراته ويصدق هذا على كل من علم الوبائيات أو دراسة العوامل المرتبطة بتوزيع المرض بين السكان، كما ينطبق على العلاج . وذلك لأن معظم الأمراض المزمنة قد تعذر معها البحث الذى يركز فقط على السبب الوحيد والذى يقتصر فى معالجته على المناهج التقليدية والمباشرة للصحة العامة، إذ لم تسهم حملات تعقيم مياه الشرب ولا حملات القضاء على البعوض فى تخفيض حدوث مرض مثل السرطان وإنما ظهر على العكس أن الأمراض المزمنة عموماً تعد حصيلة لأسباب كثيرة، وغالباً ما كانت تبدو هذه الأمراض بمثابة رواسب لصدمة أو إنهاك يولوجى أو سيكولوجى مر به المريض فى حياته . وهكذا تغير منطلق دراسة علم الوبائيات وأتسع نطاق البحث وتحول من البحث عن الارتباط بين حالات المرض وبين سبب محدد إلى مقولة للتوصل إلى مؤشرات مشتركة فى خبرة الأشخاص المصابين والتى تميز تاريخ حياتهم عن أولئك الذين لم يتأثروا بالمرض ممن أجريت عليهم الدراسة . وأكثر من ذلك أكدت هذه الاعتبارات ضرورة تعميم الأساليب الوقائية وتجميعها بطريقة تدفع الناس إلى أن يحيا حياتهم على نحو أكثر صحة . وهكذا ادت الدراسة الوبائية للمرض المزمن إلى دراسة العادات والخبرات الاجتماعية للكائنات الإنسانية، وأعتبر التحكم فى المرض بمثابة مشكلة لها دوافعها الاجتماعية .

وهكذا أصبحت مسألة تخفيض حدة المرض المزمن أو التحكم فيه مسألة تحتاج إلى وقت طويل . وهذا يعنى أن التدخل العلاجى يستلزم أحداث تغييرات متكررة ومستمرة فى الأنماط المعيارية لحياة المريض . كما سيزرب على التعديلات



اللازمة فى أدوار المرضى تحقيق تكيف مستمر مع الأفراد والجماعات الذين يتصلون بالمرض، وبخاصة أسرهم . وهكذا قلل كل من التقدم الطبى فى صحة المرضى المزمنين وما يفرضه عليهم نظام العلاج من أهمية العناية بتحليل المشكلة الدافعية فى العلاج . وهكذا تعتبر رعاية المرض المزمن مكلفة للغاية من ناحية الزمن والمال . ولهذا أصبحت الأسباب الاجتماعية على وجه الخصوص لها مكانة بارزة فى تخفيف حدة الامراض المزمنة ومع زيادة التركيز فى اولويات البحث على الأمراض المزمنة بما فى ذلك المرض العقلى . لم يكن غريباً أن يتجاوز علم الطب النطاق البيولوجى الذى يهمله . ولقد اكتشف الطب الحديث بأخذه لتلك العوامل الاجتماعية فى الاعتبار، أن العلوم السلوكية تنطوى على مضامين جوهرية يتوقف عليها تطور الطب فى المستقبل . ولقد وجدت هذه النظرية ما يدعمها فى ميادين الصحة العامة والطب الوقائى والطب النفسى والطب الإدارى .

## ٢ - تقديم الطب الوقائى والصحة العامة :

لقد أدى تطور الطب الوقائى والصحة العامة وإعادة توجيههما إلى تحقيق هذا التغير الأساسى فى منظور الطب . وبالرغم من أن الفكر الاوروبى قد ركز على أهمية الطب الاجتماعى منذ أكثر من قرن . إلا أن الصحة العامة فى امريكا حتى الخمس والثلاثين عاماً الماضية كانت محصورة إلى حد كبير فى عملية التحكم البيئى فى الأمراض المعدية . ولكن مع ادراك أهمية المضامين الاجتماعية فى التحكم فى الأمراض المعدية حدثت بعض التطورات فى مجال الصحة أخيراً كان لها جوهريتها وأهميتها بالنسبة للعلم الاجتماعى .

١ - فلقد اتسع نطاق اهتمام علم الوبائيات ليشمل إلى جانب دراسة توزيع الأمراض المعدية بين السكان أيضاً دراسة ايكولوجية المرض أو الاعاقة الفيزيكية . وتركز اهتمام علم الوبائيات فى نفس الوقت فى التعرف على أسباب المرض وعلى نتائجه المتباينة بين مجموعات السكان المختلفة وفى بيئات مختلفة . وترتب على ذلك كله بلورة الفكرة التى يستند إليها التمييز بين السبب المباشر للمرض والسبب النهائى للمرض، ونعنى عوامل البيئة الاجتماعية والسيكولوجية والتى توضح لنا العلاقات بين عامل المرض وبين مكان الإقامة . ولذلك تزايد أعداد علماء الوبائيات الذين يجدون أن اهتماماتهم النظرية تلتقى مع اهتمامات الديموجرافيا ودراسات المجتمع المحلى .



٢ - ولقد أدى الاهتمام المتزايد بالتحكم فى الأمراض المزمنة أيضاً - وكما أشرنا سلفاً - إلى تأكيد متزايد على مفهوم الأسباب المتعددة للمرض . وهذا معناه أن الأطباء قد اضطروا إلى أخذ عوامل أخرى غير العوامل البيولوجية فى اعتبارهم عند معالجة مرضاهم . ذلك لأن عوامل مثل التاريخ الماضى، والعادات الشخصية . والعلاقات الأسرية . ونمط السكن قد تؤثر فى نتيجة العلاج أيضاً . ولا يقتصر الأخذ بهذا الاتجاه على القيام بإجراءات فنية فقط مثل التشخيص متعدد الأوجه . وإنما يتسع ليشمل الاهتمام المتزايد بتأثير كل جوانب خبرة المرض الأخرى فى حالته الصحية . وتنطوى عملية التفسير المتعدد العوامل أيضاً على فكرة مؤداها أن الوقاية من المرض لا تتطلب فقط مجرد ضوابط بيئية بسيطة . وإنما تحتاج إلى جهود مستمرة طويلة الأجل، لحماية الأفراد من مصاعب الفترة التى تسبق الوفاة . ولما كانت نتائج المرض المزمن تظهر غالباً لدى كبار السن من الأشخاص، فقد أدى ذلك إلى تركيز الاهتمام على الجماعات العمرية التى وصلت لمرحلة الشيخوخة . كما اتجهت جهود البرامج الكبرى نحو الجماعات العمرية صغيرة السن، مثلاً إنشاء عيادات رعاية الطفولة عيادات التطعيم والتوسع فى برامج الصحة المدرسية .

٣ - ومع تزايد الحاجة إلى مشاركة المواطنين المستمرة فى القيام باعباء الطب الوقائى تزايد الاهتمام بالتعليم الصحى . وظهر أن مشكلات الصحة العامة من هذا المنظور تعتمد على دافعية الأفراد نحو اتيان الأفعال التى تحافظ على صحتهم وهذا لا يتطلب فقط استخدام وسائل الاعلام كأساليب فى التعليم، وإنما يحتاج إلى التعرف على الاتجاهات الصحية بين جماعات السكان . ومن الأمور ذات الأهمية الخاصة فى هذا الصدد موضوع مقاومة الأساليب الصحية وعلاقته باختلافات الثقافية بين السكان .

٤ - ولقد تحول اهتمام موظفو الصحة العامة على المستويين القومى والدولى . تجاه مشكلة توفير تسهيلات الرعاية الكافية والبرامج المناسبة للمجتمعات المحلية فلم تعد المشكلات على المستوى الدولى مجرد تنظيم وتمويل البرامج فى المناطق المختلفة ذات الموارد المحدودة، وإنما أصبحت المشكلة تتعلق بموضوع



التكامل بين البرامج الصحية والبناء الاجتماعى والثقافى الحلى . إذ تظهر هناك فى هذه البلاد مشكلة ضمان تأييد المجتمع الحلى لبرامج العمل الصحى بالإضافة إلى مشكلة قياس الحاجة إلى الرعاية الطبية والتعرف على نوعية وكمية الرعاية المتاحة للمجتمعات المحلية وإيجاد الوسائل الملائمة فى التغلب على أوجه القصور المشار إليها، والتي قد تظهر هناك .

٥ - كما تزايد الاهتمام بضرورة إعادة تأهيل أولئك الأشخاص الذين يعانون من عجز بسبب المرض أو الحوادث . خاصة بعد أن أتضح أن هؤلاء يعدون بمثابة مشكلة سوسولوجية فضلاً عن كونهم مشكلة طبية، سواء بالنسبة للفرد العاجز (الذى يواجه صعوبة فى التوافق ويحتاج لعلاج طبيعى) أو بالنسبة للمجتمع . ويذخر التراث بالأفكار الكثيرة التى توضح أن المعاق فيزيقياً يعد محصلة لنمط اجتماعى يمثل ما هو نتيجة لعجز فيزيقى تلك الأفكار التى تتناول المشكلات العملية فى تحديد المكان المناسب للمعاق، وكيفية تغيير نمطه الاجتماعى .

٦ - ولقد حقق الطب المهنى تطوراً فى مجال رئيسى من مجالات الصحة العامة حيث بدأ بعزل ودراسة اجراءات وقائية صناعية معينة . ولم تعد العلاقة بين المهنة والصحة ذات دلالة ومغزى بيولوجى (فى علم الوبائيات) فقط، وإنما اعتبرها علم الاجتماع الصناعى أيضاً ميداناً لتطبيق معرفته غير الطبية على الحياة المهنية .

٧ - ولقد حدث أخيراً ماله أهمية أكبر حيث حل التصور الإيجابى للصحة محل التصور السلبى لها . وتطورت نظرة الصحة العامة إلى ميدان الطب واعتبرته أكثر من مجرد الدراسة الوقائية وشفاء المرضى، وإنما يتسع هذا الميدان ليشمل الاهتمام بتنمية العناصر التى تسهم فى توفير الحياة المناسبة والتى تدفع الناس لكى يحيا حياة أكثر صحة . إذ تحدد مثلاً منظمة الصحة العالمية، الصحة على أنها حالة من السعادة أو الرفاهية الاجتماعية والعقلية والفيزيكية الكاملة، ولا تعتبرها مجرد إختفاء المرض أو الضعف أو الوهن .



ويمكن إيجاد المجموعة المتداخلة من التطورات فى ميدان الطب الوقائى والصحة العامة باعتبارها جهوداً تهدف إلى البحث عن أساليب جديدة يمكن لها مواكبة النماذج المتغيرة للمرض وحدوثه فى المجتمع المحلى.

ولقد نعى علم الصحة العامة كنظام فكرى . فى عصر ينظر فيه إلى المشكلة الصحية الأساسية باعتبارها عملية تحكم فى الأمراض الوبائية . وأصبح علم الصحة العامة بفضل النظريات البكتيرية للمرض ميداناً للعمل يركز اهتمامه على أساليب ضمان التحكم فى نشر الصحة أو منع تفشى المرض والكائنات الضارة . ولقد تأكد منذ مدة طويلة أن فعالية هذه الأساليب تتوقف فقط على توفر الظروف الاجتماعية المناسبة . ولقد أسهم اتخاذ الأمراض المزمنة محور الاهتمام فى هذه المرحلة وما نجم عن ذلك من مشكلات نظرية وعملية، أسهم فى اتساع اهتمام العاملين فى مجال الصحة العامة ليشمل العديد من المشكلات السوسولوجية . غير أن هذا الاهتمام الاجتماعى لا يشكل جانباً متكاملًا من النظرية الاجتماعية الشاملة للصحة العامة ولم يمد العلماء الاجتماعيين بأية استبصارات نظرية بقدر ما اكتسب طابعاً عملياً، بمقارنته بالطب الاجتماعى .

### ٣ - تقدم الطب النفسى الحديث :

لا نستطيع أن نقدم هنا وصفاً كافياً لتطور الطب النفسى الحديث أو توضيحاً وافياً لمظاهره المميزة . وإنما سينصرف اهتمامنا هنا نحو تحليل مضامين هذا التطور وعلاقتها بالطب عامة . وهناك أربعة عوامل على الأقل يمكن ذكرها هنا :

١ - لقد جعل الاعتراف بفعالية الميكانيزمات السيكولوجية فى حدوث الأعراض العصائية الظاهرة والذى كشف عنه فرويد بالنسبة للهستيريا من الصعب الدفاع عن النظرية البيولوجية للمرض . كما جعلت النتائج التجريبية التى توصل إليها كانون وآخرون عن أثر الأنفعالات على العمليات السيكولوجية من الضرورى إعادة صياغة مفاهيم علم النفس والأفاده من مصطلحات أخرى غير تلك المصطلحات الميكانيكية الخاصة . وبالمثل ترتب على تطور الطب النفسى الجسمى إضافة العوامل البيوكيماوية والفسيو نفسية إلى نظرية الطب الداخلى . أكثر من ذلك



أكدت بحوث لاحقة أن استجابات الجسم للبيئة تعد محصلة لتأثير متراكمة عن تهديدات وضغوط مر بها الفرد وليست نتيجة لمنبه معين، وظهر مصطلح الشد أو التوتر ليطبق على هذه الضغوط البيئية، وسرعان ما أصبح واضحاً أن الشد أو التوتر بين الكائنات الإنسانية يرد إلى بيئتهم الاجتماعية وأنهم يستجيبون لهذا الشد أو التوتر بطريقة شعورية أو لا شعورية، بحيث لا يفصح الشد أو التوتر عن نفسه فى صورة المرض فقط وإنما ينعكس على مجمل طريقتهم فى الحياة أيضاً .

٢ - وأدى المدخل التكويني فى نظرية التحليل النفسى إلى صياغة فرض مؤداه أن المرض النفسى له تفسيراته الاجتماعية المتميزة، كما أنه يعد بمثابة ظاهرة سلوكية . واضطر الأطباء نتيجة لمنظور علم الوبائيات خاصة إلى توجيه اهتمامهم نحو البيئة الاجتماعية للفرد فى نفس الوقت الذى يبحثون فيه عن تأثيره بالعوامل الضارة بالصحة فى بيئته الفيزيقية.

٣ - وأصبح لإعادة اكتشاف الطب النفسى الدينامى للطبيعة العلاجية والعلاقة بين الطبيب والمريض قيمته هامة على المستوى التطبيقي، وأن كان كلاً من الجمود الطبى والجهل النظرى قد حالاً دون الفهم العلمى المناسب لهذه العلاقة، إلا أن بعض المداخل قد فتحت باب الأمل فى التقليل من حدة هذا الطابع العلمى فى التحليل الطبى .

٤ - وترتيب على ادراك أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض فى العلاج الاعتراف بإمكانية أخذ بيئة المريض فى جملتها فى الاعتبار عند رسم العملية العلاجية . ونظر العلاج المعتمد على الوسط الاجتماعى للمريض إلى البناء الاجتماعى فى جملته باعتباره إطاراً هاماً فى العلاج وممارسة الطب .

٥ - وليس المقصود بهذه الاسهامات الأربعة القضاء الضوء على حقيقة الاكتشافات التى توصل إليها الطب النفسى وإبراز أهميتها بالنسبة للطب عمومًا، بقدر الإشارة إلى تمثل التفكير الطبى لهذه الأفكار إلى درجة أصبحت معها تشكل رأس حربة فى الطب النفسى الحديث .



## ٤ - تقديم الطب الإدارى :

وكانت العناية بتنظيم الطب، من بين العوامل التى زادت من اهتمام المهن الطبية بالعلم الاجتماعى . والواقع أن لهذا الاهتمام جذور عديدة . فلقد وجه إلى مهنة الطب منذ أربعون عاماً تقريباً ولا يزال مستمراً انتقاداً من جانب أولئك الذين ادركوا أن الرعاية الطبية المعتمدة على الأسلوب الفردى التقليدى، أو الخدمة المؤسسية مدفوعة الثمن ليست كافية فى تحقيق مستويات صحية مناسبة للأمريكيين . ولقد تسبب هذا النقد فى بلورة خطط كثيرة تتعلق بإعادة تنظيم الممارسة الطبية من بينها فكرة جماعة الاكلينيكيين والممارسين، أو التأمين الصحى التطوعى أو الاختيارى أو الطب الإشتراكى، كما أثارت كل خطة منها موجة من الجدل والنقاش الهائلين، بل لقد أبدى هناك بعض الأطباء اتجاهها واضحاً مؤداه أن الميل نحو التخصص الذى نادى به الطب الحديث قد وصل إلى مستوى الغلة المتناقصة . وادرك البعض الآخر أن التخصص الوظيفى يؤدى إلى تجزئة رعاية المريض ويجعلها تدخل فى علاقات غير رسمية وغير ضرورية بين المريض والطبيب ويسيطر عليها نوع من الجهل يجعله ينظر إلى المريض على أنه : شخص، الأمر الذى تكون محصلته فى النهاية رعاية غير كافية . ولقد أدت هذه الانتقادات إلى بروز الحاجة إلى قيام عصر النهضة فى مجال الطب العام .

ومن ناحية أخرى كان لعناية بتوزيع الأطباء خصوصاً عندما لوحظ أن المناطق الريفية قد غبن حقها من الأطباء بالمقارنة بالمناطق الحضرية، كانت هذه العناية من بين العوامل التى أثارت اهتمامات الطب العام فى هذا الوقت . كما طرح الاتجاه نحو التخصص موضوع مستويات الرعاية الطبية الفنية للمناقشة، وأصبحت المشكلة الملحة فى هذه المناسبة ليس مجرد النضال من أجل التقدم، وإنما عملية الجمع بين دور مجموعة الأطباء وبين الرعاية الفنية للمتخصص .

وكذلك دعم الاهتمام القديم بتحسين المستويات الفنية للمستشفيات والاهتمام النامى بالجوانب الإنسانية فى هذه المؤسسات ذلك الذى يتضح من الاهتمام المتزايد بتكيف المريض مع بيئة المستشفى وعن الاهتمام الظاهر بدور المستشفى فى الرعاية المنزلية الخاصة . ومن ناحية أخرى أدت معدلات تغيير العمل العالمية، والنقص الشديد فى الأيدى العاملة المقيمة الذى بدأت تعاني منه



المستشفيات أدى بالإداريين إلى التساؤل عما إذا كانت هناك عيوباً بنائية أو ثغرات فى تنظيم المستشفيات تجعل العاملين بها يهجرونها ؟ ولقد تزايدت هذه الاهتمامات مع الزيادة السريعة فى تعقيد تنظيم المستشفى وتشعب خدماتها، تلك الظواهر التى اتضحت بجلاء أمام الناس فى صورة التكاليف المتزايدة للرعاية الطبية . وتسبب أيضا التوتر المستمر بين الهيئة الطبية وإدارة المستشفى فى أن يتساءل البعض الآخر عما إذا كان من الممكن وجود تنظيمات أكثر هدوءاً من القائمة حالياً ؟ وربما كان موقف هيئة التمريض هو الذى أدى إلى مزيد من الاهتمام بالمستشفيات، ذلك لأنها أخذت تتطلع نحو تحسين خدماتها وفى نفس الوقت التمتع بالمكانة المرموقة، وأدى هذا بها إلى أن تسعى نحو الاستفادة من مساعدات العلوم والعلماء الاجتماعيين . من خلال تدعيم جهودهم فى البحوث وخاصة تلك المنصرفة نحو دراسة المستشفيات من أجل تطوير رعاية المرضى . ولم يكن من الغريب أن تتأثر المدارس المهنية بهذه الاتجاهات على نحو ظاهر . حيث أهتمت هذه المدارس وبفضل تزايد أعداد ذوى العقول الخلاقة من بين العاملين فى المهن الصحية أهتمت بتبنى هذه الأفكار الجديدة وتطويرها مما جعلهم يدركون ضرورة إعادة تقييم برامجهم فى ضوء هذه الاتجاهات الفكرية السابق ذكرها . ولقد أدت جهود إعادة التقييم هذه إلى محاولة الاهتمام بقياس فعالية وكفاية التعليم المهنى وإلى التوسع فى دراسة علم الاجتماع الطبى . ونتيجة لذلك ظهرت برامج تجريبية جديدة تدعم وتؤكد اتجاهات الاهتمام الاجتماعى فى ميدان الطب .

وكذلك ساد الاهتمام بتطوير الرعاية الصحية باعتبارها قيمة ثقافية فى العالم الغربى المعاصر إذ اتضح ذلك فى الاهتمام المتزايد بتطوير الرعاية الطبية بين كافة الفئات . كما تناولت العديد من الصحف السياسية فى الكثير من مقالات موضوع الرعاية الطبية بالتحليل وتعددت برامج العمل فى هذا الاتجاه . ومن الظواهر الجديرة بالتسجيل فى هذا الصدد ما أبدته نقابات العمال من اهتمام بتطوير البرامج الصحية . وحرص المجتمعات المحلية توفير الخدمات الصحية المناسبة فى كل الأحياء، ومشاركة الهيئات الحكومية فى تمويل الرعاية الصحية وتوفير التسهيلات الحديثة اللازمة لبناء المستشفيات وتتطلب هذه الاهتمامات بالطبع تعبئة كافة الموارد النادرة التى تحتاجها البرامج الطبية المتطورة . وأدى هذا



الوضع بنسق الرعاية الطبية الحالية إلى البحث عن أفضل نظام اقتصادى . وأزدهر الاهتمام بالبحث الإجرائى فى ميدان المستشفيات باعتبارها وسائل لتحقيق خدمات أفضل وتوفر فرصاً للاستخدام المناسب، وكشف هذا البحث عن كل ما يحتويه نسق الرعاية الصحية من تسهيلات غير ضرورية ومضاعفة، الأمر الذى دفع إلى الاهتمام بترشيد هذا النسق من خلال التخطيط . وهذا يفسر ما نشهده اليوم من تطور فى أدوات الهيئات الصحية المحلية . التى أخذت على عاتقها مهمة التنسيق بين الموارد الصحية المتاحة ودراسة المقترحات بتوفير تسهيلات جديدة . ومع حلول عام ١٩٧٦ مهدت هذه البرامج الطريق لظهور الهيئات الصحية التى توفر لها مصادر التمويل الضخم واضطلعت بمهمة تحقيق التنسيق بين الموارد النادرة . وتنطوى هذه الجهود على مضامين سوسيولوجية تفيد فى دراسة التغير الاجتماعى وأثره على الأشكال المتباينة للتنظيم الاجتماعى - كما تدل كافة هذه الاهتمامات التنظيمية للطب على ميكانيزم دفاعى إذا يحرس العاملون فى مهنة الطب أو التمريض على تقديم أفضل خدمة طبية ممكنة ويتطلعون فى الوقت نفسه إلى الاستقلال المهنى والحرية فى العمل . ومن هنا يشعر هؤلاء المهنيون إن هذه الانتقادات ليس لها ما يبررها استناداً إلى الحقائق التى مؤداها أن هذه الانتقادات تدفع إليها مصالح خاصة أو إيديولوجيات غير معلنة . ولذلك يمكن أن ينبجم عن هذه المشاعر جهوداً أو تصلباً مذهبياً يشبع بين هؤلاء المهنيين وينتابهم الشك فى كل جهد خارجى يستهدف معالجة مشكلاتهم المهنية . كما يمكن أن يترتب على ذلك أيضاً الرغبة فى دراسة إمكانيات إعادة التنظيم المهنى النظامى والاستفادة من نتائج البحوث التى لها وزنها فى هذا الصدد . ولقد تيقظ مديرو الخدمات الصحية الذين تبناوا الاحتمال الأخير إلى أهمية الاستفادة من إمكانيات وجود علماء وخاصة المهتمين منهم بالتحليل التنظيمى .

و هكذا أثارت هذه النظريات والظروف المتغيرة اهتماماً جديداً فى إطار الدوائر الطبية بإمكانية أن تجد الفكرة القديمة التى تعتبر الطب علماً اجتماعياً طريقها لتصبح حقيقة واقعة وعلى الرغم من أن هذا الاهتمام قد ظهر بوضوح فى ميدان الطب النفسى وتأكد عملياً من خلال ظهور طب المجتمع المحلى، إلا أنه قد أنتشر بدرجات متباينة بين فروع الطب العديدة ولم يصل بعد إلى مستوى الإجماع . فقد نجد مثلاً بين العاملين فى الميدان الطبى أن الذى يقدر الحاجة إلى



نظرة اجتماعية جديدة تفيد فى تناول المشكلات الصحية فى المجتمع المتغير، قد يعارض فى الوقت نفسه الاستفادة من أى تفكير طب نفسى، أو قد يقل اهتمام أولئك الذين تركز جهودهم العلاجية على مرض الأفراد بالوقوف على تأثير البيئات المتجاورة . ومع ذلك أدت المصادر الثلاثة للمدخل الاجتماعى للطب والمشار إليها سلفاً إلى التركيز على اهتمامات سوسولوجية معينة . إذ تركز اهتمام الطب النفسى على العوامل السيكولوجية والشخصية والثقافية فى تفسير المرض العقلى وعنى فى نفس الوقت بدراسة العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب وتركزت اهتمامات الصحة العامة من ناحية ثانية على تطوير وتنظيم الامكانيات المتاحة للوصول بالممارسة الطبية إلى مستوى أفضل وعينت بدراسة العوامل الايكولوجية فى تفسير أسباب المرض . وتركزت الجهود الإدارية من ناحية ثالثة والمتعلقة بالارتقاء بمكانة الطب وزيادة فعالية الخدمة الطبية فى معظمها على المشكلات التطبيقية التى تواجه تنظيم الرعاية الطبية وإزدهار اقتصاديات الطب . ولقد ترتب على هذه الاهتمامات أن أتسع نطاق البحث ليشمل موضوعات أخرى كثيرة لها جوهريتها وأهميتها فى علم الاجتماع .

ولسنا فى حاجة إلى القول بأن العلوم الاجتماعية لم تستطع ملاحقة هذه المجموعة الواسعة من الاهتمامات منذ جيل مضى . وبالرغم من قيام بعض الجهود الأكاديمية فى سبيل التوصل إلى تصور أوسع لعلم السلوك ويحضرنا هنا خاصة جهود بارسونز والتى حاولت تحقيق التكامل بين ميادين علم الاجتماع وعلم النفس والانثروبولوجيا فى نسق معرفى واحد تمثل فى النظرية العامة للفعل وبرهنت فى ذات الوقت على صلة الظواهر الطبية بهذه النظرية العامة . إلا أننا نجد أن محاولة بارسونز هذه تمثل نظرة بالغة العمومية قد أوضحت الاعتماد المتبادل بين المتغيرات التى تفسر السلوك الفردى والعلاقات الاجتماعية والأنماط الثقافية . ومع ذلك كان لهذا التصور دلالاته ومغزاه بالنسبة لعلم اجتماع الطب الأمر الذى يبدو واضحاً فى الجانبين التاليين :

الأول : أسهم ادراك العلاقة المتبادلة بين السلوك الفردى والأنماط الثقافية والاجتماعية فى أكمال نظرة الطب وتقديره للتفاعل بين الميكانيزمات الفسيولوجية والسيكولوجية . وعلى الرغم من اسهام علم الاجتماع فى فهم

السلوك الطبى قد أخذ يعتمد على النظرة التكاملية العامة تلك التى وجهت دراسات علماء الاجتماع نحو اهتمام بتطور النظم الطبية وعلاقاتها بجوانب أخرى للبناء الاجتماعى أيضا، إلا أننا نجد الطب النفسى لا يعنى كثيراً بهذه النظرة ويدعى بأن مثل هذه الدراسات ليس لها دلالة أو قيمة كبيرة تعينهم فى فهمهم للكائن الإنسانى المريض .

ثانيا : يتوقع الفهم الطبى للسلوك أن يقوم الأشخاص الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم مرضى - كما يتوقع من أقرانهم أو اتباعهم - أن يقوموا بإنجاز أدوار معينة والتمسك بمعايير ثقافية خاصة . ويرتبط علاج هذا السلوك وإدخال التعديلات اللازمة على الأدوار والمعايير الثقافية المرتبطة به بالتعرف على مجموعة المشاعر المعقدة من قلق والام وآمال، تلك التى قد تكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات الجسمية المختلفة، واستناداً إلى هذه الحقائق، تعد دراسة السلوك الطبى بمثابة موقعاً استراتيجياً يمكن أن يساهم فى تنمية المعرفة السوسولوجية . كما يمدنا ميدان الطب بالفرص الملائمة للتحقيق من مدى صدق النظرية العلمية للسلوك .

غير أن هذه المنظورات النظرية العامة فى حد ذاتها لا يمكن أن تحقق رجاء علم الاجتماع فى الالتقاء بين النظم الفكرية التى أرخنا لها سلفاً . فطالما انفصلت النظرية والبحث الإمبريقي عن بعضهما وتركزت بحوث علماء الاجتماع فى غالبيتها على مجرد جمع الحقائق وكان هذا الموقف محل فقد الكثيرين، ومن هنا كانت الاسهامات عالم الاجتماع مثل روبرت ميرتون فى هذا الصدد أهمية بالغة، ذلك لأنه إبرز التفاعل الواعى بين النظرية والبحث . وأكد ضرورة تنمية النظرية على المستوى المتوسط وأوضح أن التقدم فى العلم لن يتحقق بمجرد التعرف على الحقائق بمفردها أو الاقتصار على بلورة نظريات منطقية لا يمكن اختبارها إمبريقياً . وإنما يتحقق التقدم بناء على تفسير مجموعة الحقائق فى ضوء تعميم ينطبق على كل المواقف التى يمكن المقارنة بينها . ولذلك كأن على علماء الاجتماع أن يبرهنوا على رغبتهم فى تجنب النظريات الكبرى - أو على الأقل أستخلاص مضامين منها يمكن اختبارها والتحقق منها فى ضوء مجموعة من البيانات غير محددة - قبل أن يكونوا مستعدين بتدعيم الصيغة العلمية لعلم الاجتماع . ولكن هذا يتوقف على اكتمال مجموعة المهارات المنهجية وتوفير قدر كبير من المعطيات



المنسقة ويمكن هنا أن نشير إلى مجموعة محدودة من الاكتشافات الأساسية ذات الأهمية فى هذا الصدد، خاصة أساليب الملاحظة بالمشاركة والمقابلة الشخصية وتصميم المسح وأساليب القياس وتحليل المضمون والعمل على تطبيق مبادئ التصميم التجريبي على المواقف الاجتماعية . هذا فضلاً عن التقديم الذى احرزه علماء الاجتماع فى مجال اجراء بحوث إمبريقية بالغة الدقة على مختلف المواقع الاجتماعية ومنها الجماعات الصغيرة والتنظيمات . الأمر الذى جعل من السهل على هؤلاء العلماء دخول الميدان الطبى عن جدارة . كما أسهم تراث الدراسات الإمبريقية التى أجريت على بناء المجتمع المحلى والتدرج الاجتماعى وسلوك الأسرة والتنظيمات البيروقراطية والمهنية فى توفير بناء من المعرفة ضرورى لدراسات علم الاجتماع الطبى . وعلى الرغم من أن هذا البناء المعرفى كان متداعياً حتى عام ١٩٣٠ إلا أنه أصبح عام ١٩٥٠ صرحاً شامخاً أمد الباحثين فى السلوك الطبى بقاعدة أساسية كافية لتطوير دراساتهم الخاصة، حيث أعتمدت مثلاً دراسة الآثار الاجتماعية للطبقة على المرض العقلى تلك التى اجراها Hollingshead وزملاؤه، أعتمدت بدرجة كبيرة على الأساس الذى وضعته الدراسات المكثفة للتدرج الاجتماعى فى المجتمع المحلى والتى أجريت فى سنوات سابقة<sup>(١)</sup>.

### الخلاصة

أصبح علم الاجتماع الطبى ميداناً يجذب إليه المشتغلين بعلم الاجتماع خاصة عندما حقق علمهم قدراً من النضج المماثل لذلك الذى حققه الطب فى النواحي المنهجية والنظرية، هذا من ناحية، وعندما برهن علماء الاجتماع على أنهم يستطيعون الاسهام فى المجال الطبى من ناحية أخرى .

### ثالثاً - مباحث واهتمامات علم الاجتماع الطبى :

حينما اجتمعت الرابطة السوسولوجية البريطانية اجتماعها السنوى الذى عقد عام ١٩٥٠ طالب عدد كبير منهم بضرورة اهتمام علم الاجتماع بدراسة الطب، ولقد كان هذا الموقف منهم هو السبب فى نشأة «علم الاجتماع الطبى» عام ١٩٦٠، ومنذ أنشاء هذا الفرع من فروع علم

(١) على عبد الرازق حلى ونادية عزب عمر، الصحة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية ١٩٩٢

الاجتماع تعلمت مباحثة ومجالات اهتمامه وأنقسمت إلى العديد من المجالات التقليدية للبحث السوسولوجى مثل شرح وتفسير أسباب المرض وخاصة المرض المزمن، ومشكلة إدمان المخدرات والكحوليات، ومشاكل السن والاضطرابات السلوكية، كما أن من أهم المجالات التى أهتم هذا الفرع بدراساتها العلاقات بين الأطباء والمرضى والعلاقة بين الإجراءات الإدارية وأساليب التشخيص والعلاج ودراسة للخدمات الصحية التى تقدم للمرض وذلك بمحاولة تقييمها لكى تتمشى مع إحتياجاتهم الفعلية، والاهتمام بتنظيم الرعاية الصحية، وإلقاء الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية فى أحداث المرض وعلاجه والوقاية منه كما أنفتح هذا العلم على مجال التنظيمات الطبية ومحاولة فهمها بما تتضمنه من علاقات رسمية وغير رسمية وتحليل بناء المستشفى كما أهتم أيضا بتوزيع المرض بين السكان والتركيز على عوامله ومسبباته كما تميز العمل فى هذا المجال بالتركيز على تصورات الناس حول صحتهم وعلى الأفعال الوقائية اللازمة للحفاظ عليها<sup>(١)</sup>.

كما أشار دافيد ميكانيك إلى أهم اهتمامات علم الاجتماع الطبى فيما يلى:

الاهتمام بتنظيم ممارسة مهنة الطب فى المجتمع وتباين أشكال هذه الممارسة باختلاف النظم الطبية، دراسة لنظم التعليم الطبى واتجاهات تعليم الأطباء وأساليب اختيارهم لمهنتهم والقيم الاجتماعية السائدة بينهم وطرق أعداد الطبيب مهنيًا ونفسيًا واجتماعيًا وأخيرًا دراسة أساليب الرعاية الصحية فى المجتمع والعلاقة بين الهيئات الحكومية والطوعية فى هذا المجال<sup>(٢)</sup>.

هذا ونستطيع هنا أن نحضر بعض مجالات الاهتمام فى علم الاجتماع الطبى كما يلى :

(1) Rojmand Illsleley, Professional or public health, Sociology in health and medicine, The miffield provinciate Hospital trust, London, 1980, P: 161

(٢) محمد علي وآخرون، الطب والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، ١٩٨٦، ص: ٣٢



١ - دراسة الأنماط الاجتماعية لسلوك المرضى :

**The Social Patterns of Sickness Behavior :**

إذا تحدثنا عن أنماط سلوك المرض نجد أن هذه الأنماط لا تتعلق بالحالة العضوية للمريض فقط وإنما ذات اتصال كبير بحالته الاجتماعية والتعليمية مثل خبرات الطفولة والممارسات غير الرسمية التى تعلمها فى حياته، حيث أن هذه العوامل لها تأثير كبير على تحديد نمط سلوك المرض، فالعلاقات المتداخلة فى مرحلة الطفولة لها تأثير كبير على قابلية تعرض هذا الفرد للخطر وللأمراض فى حياته فيما بعد، فسلوك المريض تتأثر إلى حد كبير بالعوامل الاجتماعية التى قد تكون سبباً من أسباب مرضه، وإذا حاولنا حصر العوامل الاجتماعية التى قد تكون السبب فى المرض نجدها تنحصر فيما يلى :

١ - الطبقة الاجتماعية : فالمستوى الاجتماعى والاقتصادى الذى ينتمى إليه

الفرد قد يكون سبباً من أسباب مرضه حيث أن الصحة مرتبطة ببعض العوامل المتعلقة بهذا المستوى مثل الطعام والماء النقى والهواء وغيرها من العوامل التى تؤثر فى العناية الطبية وتجنب المرض أو التعرض له .

٢ - الثقافة : من الأسباب الهامة للمرض أيضاً الثقافة التى ينتمى إليها الفرد

والتي تشمل القيم والمعتقدات، فهناك بعض القيود الثقافية مثلاً على الطعام يمكنها أن تؤدي إلى تقليل الأمراض .

٣ - البناء الاجتماعى : يؤثر البناء الاجتماعى إلى حد كبير فى إنتقال الأمراض

المعدية حيث أن هذه الأمراض تنتقل نتيجة الاحتكاك المباشر بين الأشخاص الذين يضمهم بناء اجتماعى واحد، وتعتبر دراسة هذه العوامل الاجتماعية المسببة للأمراض أحد مجالات اهتمام علم الاجتماع الطبى<sup>(١)</sup>.

ومن هنا نرى أن الصحة والمرض كلاهما يعتمد على عوامل اجتماعية كاعتمادهم على المعلومات الطبية، فالتقييم الثقافى لسلوك المرضى ومعرفة العلاقات المختلفة بين أنواع السلوك وحالات العقاب والمكافأة التى تصاحب

(1) Jeannette R. Folta and others, A sociological frame work for Patient care, op. Cit., P: 22

الفرد المريض كلها تؤكد على أن الصحة والمرض لا يعتبران ظاهرة بيولوجية بقدر اعتبارهما حادثة سيولوجية، فالمرض أيضاً له علاقة وثيقة بالعوامل السوسيوثقافية كالتخلفات العائيلة وزيادة العلاقات داخلها إنما يؤثر تأثيراً كبيراً على تعاملهم مع المرض، كما أن حجم السكان وتركيبهم والتغيرات فى الدين والعرق إنما تؤثر على سلوك المجتمع تجاه المرض والمريض، ونحن لا نستطيع فهم كل هذا السلوك المتغير إلا إذا ربطناه بالمرض، كما أن التأكيد على أن النسق الاجتماعى لا يستطيع القيام بوظائفه إلا من خلال الأفراد يجعلنا نقرر أن الصحة والمرض لأعضاء المجتمع من الموضوعات الهامة التى يهتم بها علم الاجتماع الطبى حتى لا يحدث خلل فى ذلك النسق، كما أن سلوك الأفراد تجاه الشخص المريض لا تعتمد على سماته الشخصية بقدر ما هى تعتمد على موقفه فى النسق الاجتماعى وكيفية تأثير النسق بمرضه، ونظراً لأن سلوك الجماعة ما هو إلا نتاج لتفاعل الأفراد داخل المحتوى الاجتماعى، وأن المجتمع معقد ويشمل العديد من الجماعات المتنوعة ذات الأنماط المختلفة السلوك ولذلك يجب توقع اتجاهات مختلفة ازاء المرض، فالاختلافات الفردية للسلوك إنما تنشق من تباين السلوك الذى يسلكه الأفراد فى المواقف المختلفة، فهذا التشابه والاختلاف فى سلوك الافراد تجاه المرض من أهم المجالات التى يهتم بها علم الاجتماع الطبى<sup>(1)</sup>.

## ٢ - دراسة التنظيمات الطبية Medical Organization :

أهتم علم الاجتماع الطبى بالبحث فى التنظيمات والنظم الطبية التى ينتمى إليها الأطباء، فإذا كانت المستشفى هى أحد النظم الموجودة فى هذا التنظيم الطبى، فقد ركز علم الاجتماع الطبى على دراسة وفهم وظيفة هذا التنظيم وكيف تطورت تلك الوظائف وبخاصة بعد انتشار وظائفها التعليمية وتركيزها على التعليم الطبى وتدريب الأطباء على عمل خدمات نافعة للمستشفى وذلك عن طريق خدمة المريض ورعايته، ولقد ركزت دراسات علم الاجتماع على الدور الذى يلعبه علم الاجتماع فى فهم التعقيدات البيروقراطية فى المستشفيات، فإذا نظرنا إلى أى تنظيم فى مستشفى نجده يشمل على عدد من الأبنية البيروقراطية وعدد من المراكز المتسلسلة فى هذه الأبنية كما يوجد لكل مركز من هذه المراكز رئيس يشرف على القيام بتلك الوظائف وإنجازها بدقة من أجل

(1) William C. Cockerham, Medical Sociology, op. Cit., P: 111



الصالح العام<sup>(١)</sup>. وهنا يمكننا فهم هذا التنظيم الطبى وتحديدته عن طريق الأدوار المختلفة الرسمية التى يضمها . كالطبيب الذى يقوم بتشخيص المرض ووصف علاجه والإشراف على الاجراءات العلاجية، والمريض الذى يقوم بدوره الفعال بالتعاون مع الطبيب فى تنفيذ اجراءات العلاج، والمرضات المسئولات عن الجوانب العملية للعناية بالمريض ومساعدة الطبيب فى تنفيذ اجراءات العلاج، بالإضافة إلى بقية الأدوار المختلفة التى يعتمد عليها هذا التنظيم فى إنجاز مهمته، فهذا التنظيم الطبى (المستشفى) يعتبر شاملاً لعدد كبير ومعقد من الأدوار المختلفة التى تتعاون فيما بينها من أجل استمرار البناء الكلى للمستشفى، وهذا التنظيم لايعتبر جامداً بل مرناً حتى لاتتعارض بعض الأدوار فيه البعض الآخر، لأن هناك علاقة صداقة أو عداوة يمكن أن تؤثر فى العمل وفى المعايير التى تحكم السلوك فى ذلك التنظيم، ولذلك فانه يحوى عدداً من الجماعات غير الرسمية تحدد فيما بينها كيف يسل الأفراد وتقاوم أى عداة أو عدم انسجام فى القيام بأدوار الأفراد الرسمية فالعلاقات غير الرسمية التى يمكن أن تنشأ فى ظل ذلك التنظيم إنما تؤثر إلى حد كبير فى اتخاذ الأقرارات داخله بحيث تصل إلى أعلى درجة من الأنجاز نتيجة للتعاون والرضا بين أعضاء هذه الجماعات غير الرسمية، ويهتم علم الاجتماع بمحاولة فهم هذا التنظيم وإعطاء صورة واضحة عنه وفهم طبيعة الأدوار الرسمية وغير الرسمية التى تنشأ بين الجماعات فيه حتى تتعامل على استقراره والقيام بواجباته على أتم صورة<sup>(٢)</sup>.

### ٣ - دراسة التخطيط الصحى الشامل :

#### Comprehenstye Health Planning :

حاول كثير من الدراسات السوسولوجية أن تصل إلى خطة شاملة فى المجال الصحى من أجل الوصول إلى خدمات رعاية صحية كاملة ذات نوعية عالية من الكفاءة ومتاحة لأى شخص فى المجتمع وهذا بدوره يتطلب تطويراً فى الخطة الشاملة التى أعدت فى مجال الخدمات الصحية بحيث يجب إعادة توزيع القوة البشرية التى تعمل فى المجال الصحى وجعلها ملائمة لتوزيع السكان فى المجتمع،

(1) Howard E. Freeman and others, hand book of medical Sociology, Prentice-Hall, Inc., New York, 1972, PP: 19:22

(2) Jeannette R. Folta and others, A Sociological frame work for patient care, op. Cit., P: 24

وتقديم خدمات والتسهيلات الصحية فى كل مجالات الرعاية الصحية، ومن النقاط التى أضيفت إلى تلك الخطة هى محاولة أشراك المستفيدين من الخدمات الصحية فى عملية اتخاذ القرارات التى توضع فى الخطة الشاملة، حيث أن القرارات لا يمكن أن تكون شاملة أو مقصورة على رأى العاملين بالمجال الصحى فقط بحيث تشمل عملية اتخاذ القرارات مجموعات ذات قيم مختلفة، وتحاول الخطة أرضاء الجميع وبالتالي تجنب الصراع الذى يمكن أن يحدث فى هذا المجال بين الجمهور المستفيد من الخدمة والقائمين عليها وبهذه المشاركة فى اتخاذ القرارات ستمكن من تحسين نوعية العناية الصحية من ناحية وخفض تكاليفها المالية من ناحية أخرى<sup>(١)</sup>.

#### ٤ - الاهتمام بالطب المحلى Community Medicine :

من مجال اهتمامات علم الاجتماع الطبى أيضاً دراسة تنظيم الخدمات الصحية فى المجتمعات المحلية ومحاولة النهوض بالعناية الطبية وتوزيع تلك الخدمات على أكبر عدد من الأفراد وبخاصة فى المجتمعات المتخلفة التى تعاني قصوراً فى تلك الخدمات وقد حمل ذلك السبب بعض الأطباء البارزين منذ سنوات مضت على المطالبة بضرورة الاهتمام بتغير مناهج الدراسة لمد العناية الطبية إلى المرضى وعائلاتهم وليس عن طريق المستشفيات فحسب، وإنما بالذهاب إلى الأماكن التى يتواجدون فيها، ولقد شارك العلماء الاجتماعيين الأطباء فى وجهة نظرهم ومشاركتهم فى وضع برنامج للعناية الطبية يهدف إلى الاهتمام بالرعاية الصحية فى المجتمعات أكثر من الاهتمام بها للأفراد، وبذلك أصبحت المدارس الطبية فى الولايات المتحدة تضم أقساماً عن الطب المجتمعى وهذه الأقسام تحاول توجيه جميع الخدمات الطبية والصحية لصالح المجتمع قبل أن تكون لصالح الفرد وكان من أهم الإنجازات فى هذا المجال : مركز الصحة العامة المجاورة وهذا المركز إنما يحاول توزيع الخدمات الصحية على كافة المجتمعات المجاورة وقد أدى ذلك بدوره إلى حل مشكلة صعوبة الوصول إلى المراكز الصحية وبخاصة المناطق النائية، وكان اهتمام عالم الاجتماع هنا منصباً على تحليل هذا النسق الجديد وربطه بنمو وتطوير التنظيمات الطبية وبالتالي مساهمة فى حل مشكلة توزيع الخدمات الصحية بالمناطق الريفية والحضرية على السواء<sup>(٢)</sup>.

(1) John T. O'Connor, Health and Society, the Milbank memorial fund quarterly, Vol., 52, No. 4, 1972, PP: 392:410

(2) Howard E. Freeman and others, Hand book of medical sociology, op. Cit., P: 23



ولا يقتصر اهتمام علم الاجتماع على استخدام مناهج ومفاهيم المتغيرات الاجتماعية المستخدمة فى علم الاجتماع، بل يعمل أيضاً على تطوير مفاهيم جديدة ومناهج ملائمة لهذا العلم، فالأطباء فى المجتمع المحلى لا يستطيعون الإدارة أو الضبط البيئى أو التأثير فى سلوك الأفراد المرتبط بالصحة دون أن يستخدموا معلومات ومعارف علم الاجتماع، ولذلك فقد كان التعاون بين علماء الاجتماع والأطباء ومحاولة كل منهم تعليم الآخر مبادئ علمه يعد خطوة هامة فى تطوير مجال الطب المجتمعى، فالطب المجتمعى فى حاجة ماسة إلى زيادة معرفته بالعمليات الإدارية والجوانب السوسولوجية للتنظيمات التى تسهم فى تقديم الخدمات الصحية وتطوير نسق العناية الطبية<sup>(١)</sup>.

#### ٥ - دراسة لنسق الرعاية الطبية : Medical Care

لقد كان أهم ما يميز التعليم الطبى حتى وقت قريب هو تركيزه على العلم الأساسى للطب، أو على البحث المحض من الناحية البيوكيميائية لوظيفة الجسم، أو دراسة الإنسان من الناحية الفسيولوجية فقط، وحينما ظهرت أبحاث علم الاجتماع الطبى جعلت للطب وجهة نظر أخرى بالإضافة إلى دراسته السابقة، وذلك من أجل زيادة الرعاية الطبية للمرض غير أنه فضلاً عن دراسة المريض من الناحية الفسيولوجية يجب على الأطباء فهم الأفراد فى البيئة التى يعيشون فيها سواء كانت بيئة اجتماعية أو اقتصادية أو ديموجرافية أو سيكولوجية، وبذلك يستطيع العلم الطبى أن يوسع من نظره إلى الصحة، فبعد أن كانت المدارس الطبية تهتم فقط بالتعليم الاكلينيكى فى المستشفيات حيث يتواجد المرضى ويبدأ التعامل معهم كحالات مرضية فسيولوجية بحتة، دخلت العلوم الاجتماعية والسلوكية والإنسانية مجال التعليم الطبى حتى توسع من أدراك الطبيب لكيفية العناية بمرضه، وأصبح هذا مطلباً هاماً من المطالب التى يجب أن تتوفر فى الطبيب الحديث<sup>(٢)</sup>.

كما نجد أن جهود علم الاجتماع تركزت فى هذا المجال على دراسة تطور مدخل الفريق الجماعى ودورة فى توزيع خدمات العناية الصحية وتحسين كميتها

(1) Roy M. Acheson and others, Seminars in Community medicine, Vol. 1, Sociology Oxford University Press, London, 1978, PP: 5:10

(2) Darryle D. Enos and others, The Sociology of Health care, praleger publishers, New York, 1977, PP: 24:25

ونوعياتها، كما يركز على تقسيم العمل داخل هذا الفريق بحيث يضم أكبر عدد من التخصصات التى تؤدى بدورها إلى زيادة المعرفة التكنولوجية الخاصة بهذا المجال، كما تركز البحوث السوسولوجية أيضا على دراسة المكانة والقوة والسلطة والتأثير المتبادل بين أعضاء الفريق، وذلك كله من أجل معرفة أثر العمل الجماعى على توعية نوعية العناية الصحية والخدمات من ناحية، وعلى الأساليب التى يتعامل بها الفريق مع المرض من ناحية أخرى<sup>(١)</sup>.

كما أجرى الكثير من البحوث فى علم الاجتماع لمعرفة ما إذا كان نظام الأجر يؤثر على العناية الطبية ونوعياتها أم لا، وقد أجمعت كل هذه الأبحاث على أن هناك اختلافاً ضئيلاً للغاية بين المرضى الذين يدفعون الثمن والمرضى الذين لا يدفعون فى نوعية العناية الطبية التى يتلقونها من الأطباء، غير أنه يؤثر فقط على سرعة الحصول على تلك العناية وهذا يوضح أن العقبة الوحيدة التى يخشى منها من النظام الجالى فى العناية الطبية هو أنها يمكن أن تكون السبب فى أقبال الناس على العلاج دون أن يكونوا فى حاجة إلى تلك الخدمات وإلى ذلك العلاج<sup>(٢)</sup>.

هذا وقد حاولت الدراسات السوسولوجية تحديد متطلبات العناية الطبية على النحو التالى :

- ١ - البحث عن أدق متطلبات الخدمة الطبية .
- ٢ - معرفة التأثيرات الثقافية على متطلبات العناية الطبية .
- ٣ - علاقة الرضا عن العمل بالصحة<sup>(٣)</sup>.
- ٦ - دراسة علم الاجتماع للصحة والمرض :

إذا أردنا التعريف الاجتماعى لكل من الصحة والمرض فنجده هو نفس التعريف الذى عرفته منظمة الصحة العالمية، فالصحة تعنى كون الإنسان سليماً تماماً من الناحية البيولوجية والعقلية والاجتماعية، والشخص الذى يتمتع بصحة جيدة

- 
- (1) Saad Nagi, Health and Society, the Milbank memorial fund quarterly, Vol. 53, No.1, 1975, PP: 85:86
  - (2) Emil Berkonovic and others, Health and society, the Milbank memorial fund quarterly, Vol. 53, No.2, 1975 P:252
  - (3) Darryle D. Enos and others, The Sociology of Health care, op. Cit., P: 90



يستطيع أنجاز واجباته وأدواره الاجتماعية التى يحتمها عليه الموقف، فهو يستطيع التكيف مع البيئة التى يعيش فيها، كما أنه لا يشكو من أية علامة أو عرض أو مرض، أما المرض فهو على النقيض تماماً من التعريف السابق للصحة، ومن هنا نجد أنه ليست الصحة والمرض إلامحددات اجتماعية Socially defined، فحينما يرى الشخص أنه مريض نتيجة الأحساس ببعض الأعراض فهو فى هذه الحالة محتاج إلى من يملك سلطة هذا الأمر لكى يقرر إذا كان بالفعل مريضاً أم لا<sup>(1)</sup>.

وحينما نحاول معرفة الفرق بين الشخص السليم والشخص المريض الذى يعانى من بعض الأمراض من المنظور السوسولوجى علينا بمراعاة الآتى :

- ١ - معرفة العمر والجنس والحالة الاجتماعية والوظيفية للمريض، بالإضافة إلى معرفة نوعية الطبقة الاجتماعية والبيئة التى ينتمى إليها هذا الشخص .
- ٢ - معرفة نشاطات الفرد الفردية وتفاعلاته وعلاقاته ومدى اعتماده على الآخرين .
- ٣ - تكرار الحالة المرضية عنده ومدى توافر العلاج ومدى إتاحة خدمات العلاج له .
- ٤ - محاولة توجيه الأفراد لمعرفة أعراض المرض وعلاقة ما يلاحظه بتحديد نوعية المرض .
- ٥ - تصنيف الحالات إلى مرضية وأخرى غير مرضية فى المجتمعات المتخلفة وطبقاً لمستوى التقدم التكنولوجى داخل كل مجتمع .

وهذا يدل على أن المنظور السوسولوجى يؤكد على رعاية المريض والعناية به ليزيد من قوة فاعلية النظام الطبى وذلك بتعرضه لكثير من المشاكل السلوكية فى المجتمع<sup>(2)</sup>.

وينظر علم الاجتماع إلى المريض باعتباره «نوعاً من الانحراف» لأنه يرى أنه من وجهة النظر البيولوجية ينظر إلى المرض كأنحراف عن المعيار البيولوجى

(1) Jeannette R. Folta and others, A Sociological frame work for patient care, op. Cit., P: 317

(2) Raymond Illsleley, Professional or public health, Sociology in health and medicine, op. Cit., PP: 83:87

للصحة، وجهة النظر هذه تتضمن أن تشخيص المريض يكون نتاجاً للعلاقة بين ملاحظة أعراض المرض وربطها بالمعرفة عن الوظيفة الفسيولوجية للكائن البشرى، ويوصف الشخص بأنه مريض حينما تشير أعراضه وشكواه أو نتائج الفحص الفيزيقي أو الاختبارات المعملية إلى أن هناك خللاً فى طبيعة جسمه<sup>(١)</sup>.

أما اعتبار المرض انحرافاً من وجهة النظر السوسولوجية ففيها نركز على سمات المرض الاجتماعية وسمات المرض البيولوجية كما حددها الأطباء، لأننا لو ركزنا على السمات الاجتماعية فقط سيكون منظور الانحراف محدداً فى قدرته على التعامل مع معرفة أسباب المرض A etiology والجوانب البيولوجية له كحالة من المعاناة التى يعانىها المريض ولذلك يرى علماء الاجتماع ضرورة تكامل المدخل السوسولوجى مع مدخل الأطباء المعالجين لكى يروا الشخص المريض بصورة أوضح<sup>(٢)</sup>.

ويعتبر تالكوت بارسونز أول من استخدم وجهة النظر السوسولوجية للمرض باعتباره انحرافاً، فكان يرى أن الشخص المريض يعانى من القلق والاضطراب سواء كان هذا الاضطراب من الناحية البيولوجية أو الاجتماعية، فالانحراف من وجهة النظر السوسولوجية يعنى أى فعل أو سلوك ينتهك المعايير الاجتماعية المتفق عليها داخل أى نسق اجتماعى، وهذا السلوك الانحرافى لا بد وأن يتضمن أولاً إعلاناً عن بعض الأحكام الاجتماعية يوضح المسار الصحيح والمناسب من السلوك طبقاً للمعايير الاجتماعية المتفق عليها، حيث أن هذه المعايير تعكس لنا بعض التوقعات عن السلوك المناسب الذى يوافق ويشترك فيه كل الأفراد فى المواقف الاجتماعية المختلفة، أما الانحراف عن هذه المعايير فيقابلها رفض الأفراد لهذا السلوك وعقاب أو أى جزاء اجتماعى يطبق على كل فرد مذنب ينتهك حرمة هذه المعايير، أما المرض فيعد انحرافاً لأنه يعتبر طرفاً غير مرغوب فيه لكل من الشخص المريض والمجتمع، فالمرض بالنسبة للشخص المريض عدم راحة أو اضطراب دائم أو مؤقت فى وظائفه الاجتماعية والبيولوجية، وبالنسبة للمجتمع فإن الفرد يعنى إنخفاضاً فى مقدرة الجماعة الاجتماعية

(1) William C. Cockerham, Medical Sociology, op. Cit., P: 88

(2) Ibid., P: 108



أو التنظيم الذى يقوم بواجبات معتادة لأنجاز بعض الوظائف الاجتماعية العامة، وأما المدخل الوظيفى فهو يرى أن الانحراف باعتباره حالة ثابتة وموضوعية ليست داخل الأفراد بل داخل النسق الاجتماعى الديناميكى، فالمرض يعنى طبقاً للنظرية الوظيفية خللاً وظيفياً ذلك لأنه يهدد ثبات النسق الاجتماعى، ووظيفة الأطباء فى علاج هذا الخلل تتمثل فى وقاية المريض من المرض وشفائه<sup>(١)</sup>.

## ٧ - دراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى :

أوضح علم الاجتماع الطبى أهمية العلاقات بين الطبيب والمريض على أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط، إنما تمتد لتشمل الاهتمام بالجانب الإنسانى أيضاً، وقد أبرزت بعض الدراسات الحديثة ملامح هذه العلاقة حيث أكدت على توضيح الأدوار المتبادلة بين الطبيب والمريض وأنماط العلاقة بينهما والصراع والضبط فى هذه العلاقة الثنائية وما يتخللها من أغراء وأتفاق حيناً وصراع وغموض حيناً آخر وسلوك عملى حيناً ثالثاً<sup>(٢)</sup>.

فإذا نظرنا إلى الطب باعتباره بناءً تنظيمياً نجد أن الأفراد بهذا التنظيم لابد وأن يحتك بعضهم البعض الآخر سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ولكن هذا الاحتكاك كان يصادفه الكثير من الصعوبات ولا سيما فى الاتصال بين الأفراد وعلى وجه الخصوص بين الطبيب والمريض، لأن الطبيب حينما يحتك بالمريض يعامله ككائن عضوى يعانى من مرض ما يحاول شفاؤه من هذا المرض دون أن يضع فى اعتباره هذا الفرد ككل متكامل يتكون من تركيبات عضوية وسوسولوجية ونفسية وأنه محتاج إلى دراسة كل هذه التركيبات من أجل معرفة سبب المرض، ومن هنا ظهرت أهمية علم الاجتماع الطبى فى دراسة الكائنات الإنسانية باعتبارها كائنات عضوية واجتماعية ونفسية، وكيف أنه بدراسة هذه الجوانب المختلفة إنما يساعد الطب بإمداده معلومات عن هذا المريض تعينه فى معرفة سبب مرضه وعلاجه<sup>(٣)</sup>.

(1) Ibid., PP: 90:91

(2) Donald Patrick and others, Sociology as applied to medicine, Baillier tindall, London, 1982, P: 175

(3) Jeannette R. Folta and others, A Sociological frame work for patient care, Op. Cit., P: 20

فاهتمام علم الاجتماع بدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى تركز على الأساليب التقليدية للمعاملات بينهما والتي غالباً ما تحدث حينما يعاني المريض من مرضاً ما توقف بسببه عن ممارسة حياته الطبيعية<sup>(١)</sup>. فالمنظور السوسيولوجى يرى أننا لكي نفهم الخبرات الجماعية للكائنات الإنسانية يجب ألا نعالج المرضى باعتبارهم أفراداً منعزلين ولكن يجب على الطبيب أن يضع فى اعتباره أن المريض يأتى إليه وهو يحمل ثقافة العالم الاجتماعى الذى ينتمى إليه، لأن الطرق التى تجعل رد فعل المريض تجاه الأعراض والتى نطلق عليها السلوك المرضى إنما تتأثر إلى حد كبير بمعتقداته وقيمه ومعايرة التى تحيط بتعريفه للمرض ومعنى ذهابه إلى الطبيب بحثاً عن المساعدة، وهنا تبرز أهمية علم الاجتماع الطبى فى دراسة الجوانب المختلفة لهذا المريض وكيف أن العلاقة بينه وبين طبيبه لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج وإنما تمتد لتشمل الاهتمام به ككل<sup>(٢)</sup>.

يتضح لنا من هذا العرض السابق أن علم الاجتماع الطبى بفرعية علم الاجتماع فى الطب، وعلم اجتماع الطب قد تعددت مباحثه ومجالات اهتمامه، ولكننا نستطيع أن نحصر هذه المباحث فى مجالين هامين المجال الأول هو «المرض» ويعتبر هذا المجال من أهم المجالات التى أهتم بها هذا الفرع لما له من قيمة نتيجة لتعدد المباحث والمجالات الفرعية التى تندرج تحته ومن هذه المجالات «دراسة حجم وتوزيع أسباب المرض، فنجد علماء الاجتماع مهتمين بالتعرف على توزيع الأمراض بين السكان فى المجتمع والعوامل المؤدية إلى ظهورها بطريقة معينة دون الأخرى، ويتناول تراث علم الاجتماع الطبى فيما يتعلق بتوزيع المرض كثيراً من الأبحاث التى تهتم بدراسة العلاقة بين المرض وغيره من المتغيرات مثل العمر والنوع والطبقة الاجتماعية، وبين علاقة المرض النفسى والعقلى بمتغيرات أخرى مثل الحراك الاجتماعى والعزلة والضغط التى يتعرض لها الفرد فى حياته.

دراسة المفهوم الاجتماعى للمرض والعوامل الاجتماعية المؤثرة فيه، فقد كان من المعروف قديماً أن العوامل البيولوجية هى فقط المسببة للأمراض، ولكن

(1) Howard E. Freeman and others, Hand book of medical sociology, Op. Cit., P: 16

(2) David tuckett, An Introduction to medical sociology, tavistock publications, London, 1976, PP: 3;6



بعد ظهور علم الاجتماع الطبى استطاع القاء الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية لحدوث المرض مثل الطبقة والجنس والنوع والدين والاصل العرقى، أما المجال الثانى فهو «مجال الصحة والعلاج» ويندرج تحت هذا المجال مجالات ومباحث فرعية، ومن هذه المباحث تنظيم العلاج : فهو يهتم بنظم العلاج المختلفة الموجودة فى المجتمع والمقارنة بين هذه النظم للوصول إلى أفضلها فى ممارسة الرعاية الطبية فى المجتمع، ومجال تنظيم الخدمات الصحية فى المجتمعات ومحاولة النهوض بالعناية الطبية وتوزيع هذه الخدمات الصحية فى المجتمعات ومحاولة النهوض بالعناية الطبية وتوزيع هذه الخدمات على أكبر عدد من الأفراد فى المجتمع، أما مجال التنظيمات الطبية التى تعتبر المستشفى واحدة منها فهو أحد المجالات التى تدرج تحت مجال الصحة والعلاج وفيه يحاول عالم الاجتماع دراسة وفهم المستشفى كتنظيم وأعطائنا صورة واضحة عن طبيعة الأدوار الرسمية وغير الرسمية التى توجد به والتى تعمل على استقراره والقيام بواجباته على اتم صورة، أما مجال الصحة والتنمية فهو مجال آخر حيث أن الصحة ليست نتاج التنمية فى المجتمع بل هى وسيلة أساسية لتحقيق التنمية، ولذلك فإن القضاء على الأمراض وتوفير امكانيات التشخيص والعلاج يعتبر عاملاً هاماً من عوامل تنمية المجتمع المحلى، فكلما تحسنت صحة الأفراد فى المجتمع وأبتعد عنهم المرض أدى ذلك إلى زيادة الإنتاج والرفع بمستوى المجتمع . وكذلك نرى دراسة نسق العناية الطبية، ودراسة لنظم التعليم الطبى أحد هذه المجالات وخاصة الفرق بين التعليم الطبى قديماً وحديثاً وطرق أعداد الطبيب مهنيّاً واجتماعيّاً.

وآخر مبحث العلاقات العامة الإنسانية داخل التنظيمات العلاجية وتنوع هذه العلاقات وتشابكها سواء بين الطبيب والطبيب، أو المريض والمريض والمرضة أو الطبيب والمرضة والمريض.

#### رابعاً - مستقبل علم الاجتماع الطبى :

##### The Future Of Medical Sociology :

يركز الأطباء اهتمامهم من بداية القرن الرابع قبل الميلاد إلى بداية القرن العشرين لما يعرف باسم فن الطب art of medicine ويعنى هذا المصطلح محاولة الأطباء العناية بالمرضى من الناحية الشخصية والعمل على أشباع حاجات المريض

العاطفية وهذا من خلال الاعتماد على منظور العلاج الجسمى والنفسى للمريض ولقد لاحظ hippocrates عام ١٩٢٣ إن المريض الذى يشعر أن حالته مخفوفة بالمخاطر، الأسلوب الأول الذى يجب على الطبيب استخدامه فى علاج هذا المريض هو محاولة إعادة الطمأنينة إلى نفسه contentment، وفى عام ١٩٦٠ اقترح shapuro إن يقوم الطب بدوره الفعال فى علاج المريض وذلك بإعتماده على سلوك الطبيب، حيث أن السلوك الذى يسلكه الطبيب ازاء المريض من أهم العوامل الفعالة فى علاج المريض، وبعد عام ١٩٠٠ أصبح من الطبيعى أن يستخدم الأطباء بعض العلوم المتقدمة كنظام فى العناية بالمريض بجانب العلم الطبى، وبعد الحرب العالمية الثانية أصبح استخدام مناهج العلوم الأخرى وتطبيقاتها على الممارسة الطبية شئ طبيعى، ونظراً لأن هناك نسق واضح rift بين الجوانب التكنولوجية للطب والعناية بالمريض أصبح من الضرورى استخدام بعض العلوم الأخرى فى العناية بالمريض حتى يحقق الطب اثره الفعال، فالجسر bridge بين العلم الطبى والممارسة الفعلية للعناية بالمريض لا يمكن أن يتم إلا من خلال ما يعرف باسم (فن الطب) والذى يهتم بالجوانب الشخصية للعناية بالمريض وليس التكنيكية فقط<sup>(١)</sup>.

و طبقاً للدراسة التى أجراها angel عام ١٩٧٧ وجد أن دراسة الأمراض علم ولكن العناية بالمريض فن، فالطب كفن يعتمد على السمات الشخصية personal qualities للطبيب أكثر من أعتماده على مهارته وعلى الفحوص الطبية التى يجريها المريض، فهو يعتمد على قدره الطبيب الشخصية على فهم المريض وأشعاره بأنه موجود إنسانى خاصة بالجوانب الاجتماعية والسيكولوجية للمريض، أى أنها تحتاج من الطبيب إلى فهم ومعرفة أثر البيئة الاجتماعية والثقافية والعائلية على المريض، فن الطب يركز إذن على معرفة الطبيب awarness والاهتمام interest in والمهارة skill in فى التعامل مع كثير من الجوانب السيكلوجية للمريض فن الطب يعتبر مدخل مقدس للمريض holistic approach ومعالجته كشخص متكامل من الناحية الفسيولوجية والاجتماعية والعاطفية التى تؤثر على سلوك المرضى، ولقد حاول blaam عام ١٩٦٣

(1) Howard S. Freeman, Interpersonal issues in Health are, Acodmic Press, 1982, PP: 9:11



ان يعرف (فن الطب) فوجد أنه يمثل جسم المعرفة الذى يشير إلى تطبيق العلم الاجتماعى فى الطب من أجل العناية بالمريض<sup>(١)</sup>.

و هناك الكثير من الآراء النظرية التى تؤكد على أهمية فن الطب فى رضا المريض عن العناية التى تقدم له طبياً، ولقد وجد dayle and ware عام ١٩٧٧ إن سلوك الطبيب تجاه مريضه له أكبر الأثر على رضا المريض، حتى ان عدم رضا المريض غالباً ما يرجع إلى عوائق الاتصال بينه وبين طبيبه barriers وتشمل هذه العوائق عدم كون الطبيب صديق للمريض، أو فشل الطبيب فى ان يضع فى اعتباره الاهتمام بتوقعات المريض، أو انه يفشل فى تفسير تشخيص المرض واسبابه بطريقة واضحة للمريض حيث انه يستخدم كثير من المصطلحات الطبية المعقدة التى يتعذر على المريض فهمها medical jargon، ولذلك اذا وجدنا ان هناك عجز فى استخدام ما يعرف باسم فن الطب، فليس من المفاجأ لنا أن نجد أن المريض سيتحول تلقائياً من البحث عن متخصص طبى إلى البحث عن معالج آخر غير طبى nomedical healer لاجل الحصول منه على العناية الشخصية المناسبة له، فنجد مثلاً مرضى السرطان cancer الذى يرفضون البقاء فى المستشفى ويدوأن فى البحث عن المساعدة غير الطبية، وهذا يرجع بالطبع على عدم فهم الأطباء لهم من الناحية السيكولوجية حيث أنهم محتاجون فى المقام الأول إلى مساعدة عاطفية وتعاطف وبعض الأمل، فى الوقت الذى نجد فيه الأطباء يتخلون عنهم abandoned عاطفياً لأنهم لا يستطيعوا عمل شئ لهم من الناحية الطبية يمكن أن يفيد فى علاجهم، ولذلك نجد أنه فى كثير من الأحيان يسارع المرضى بتغيير أطبائهم، وهذا لا يرجع إلى الطبيب غير كفؤ in competent من الناحية العملية، ولكن لأن المريض لم يجد العلاج الشخصى والاهتمام المناسب به، ولا يهتم به كإنسان وهذا كله يؤكد وجود علاقة بين الرضا والسلوك الصحى<sup>(٢)</sup>.

فإذا كان الطب بمعناه العادى يمثل مجموعة العلوم البيولوجية المرتبطة به ولكن الطب كفن فهو قريب الصلة بالعلوم الاجتماعية، ففن الطب يعنى استخدام كل من الممارسة الطبية medical practice والعلاقات الاجتماعية social relations

(1) Ibid., P: 20

(2) Ibid., PP: 14:15

فى العناية بالمريض، ولقد كان استخدام العلم التكنيكي والاجتماعى ليس بشئ جديد على الطب، فهو معروف من منتصف القرن التاسع عشر حينما أكد الكثير من الأطباء الإلمان على أهمية الجانب الاجتماعى فى الطب، غير أن هناك الكثير من الأبحاث الحديثة التى تجرى لمعرفة أثر الجانب الاجتماعى فى الطب، حيث يتم المقارنة بين بعدين من أبعاد العناية بالمريض أولهما : البعد الآلى *instrumental dimension* وهو يشمل الجوانب التكتيكية التى يستخدمها الطبيب فى معالجة المريض مثل الاختبارات العملية *laboratory test* والفحوص *examination* وكل ما يتصل بتشخيص المرض وعلاجه.

و البعد الثانى : هو البعد التعبيرى *expressive dimension* وهو يمثل الفن ويشمل المكونات العاطفية والاجتماعية لتفاعل الطبيب بالمريض، ويشمل أيضا السلوك الشخصى الذى يسلكه الطبيب ازاء معاملته للمريض وهو يشمل الأدب *politeness* والاحترام والحنان وإعادة تطمين المريض *reassure* وتحقيق الرفاهية الضرورية له وفهمه، وقد وجد *blaom* بان البعد الثانى يكون له أثر على رضا المريض عن العناية الطبية وعلى تعاون المريض مع الطبيب فى نظم العلاج أكثر من البعد الأول، ومن هنا فإن فن الطب يجب أن يشمل البعدين معاً الآلى والتعبيرى من أجل الوصول إلى عناية طبية ملائمة للمريض<sup>(1)</sup>.

و إذا كان علم الاجتماع يتعامل مع جوانب مختلفة للحياة الاجتماعية مثل العمل والصناعة والسكان والعائلة والقانون والانحراف والجريمة والتعليم والمعرفة والدين والفن والأبنية السياسية والتدرج الاجتماعى والحياة الريفية الحضرية، فإنه يتعامل أيضا مع مجال الصحة، وهذا بالطبع تطلب من الأبحاث التى تجرى فى مجال علم الاجتماع الطبى بضروره تطبيق مناهجها على المجال الطبى، ويتطلب أيضاً من العاملين فى المجال السوسيلوجى ضرورة التعاون مع العاملين فى المجال الطبى من أجل التوصل إلى طرق ملائمة لدراسة الموضوعات فى المجال الطبى، وهذا بطبعه سيمكن علماء الاجتماع من تقديم افكار جديدة ومتطورة باستمرار فى هذا المجال، وبرغم هذا فإن هناك (ملاحظة نقدية) *critical observation* وجهت إلى علم الاجتماع الطبى وهى أنه برغم أن علم الاجتماع الطبى قد



أضاف إلى علم الاجتماع فرع جديد، إلا أن عمله في هذا المجال ذو علاقة أكثر باهتمام الإداريين administrators في مجال الصحة والخدمات الصحية فقط، ولذلك نجد أن عدد قليل فقط من الأطباء هو الذى يطلع على المعلومات التى توصل إليها علم الاجتماع الطبي .

فما الذى يجب على علماء الاجتماع عمله ازاء هذا؟؟

على الجانب الأول : فعلماء الاجتماع يحتاجون إلى تقديم أبحاث مستمرة فى مجال علم الاجتماع الطبي وهذه بالطبع تعتبر وظيفة تقليدية للعاملين فى مجال الجامعات والذين يهتمون بدراسة علم الاجتماع الطبي داخل علم الاجتماع العام.

و على الجانب الآخر : على علماء الاجتماع فى مجال علم الاجتماع الطبي ضرورة تطبيق أبحاثهم فى المجال الطبي وبخاصة فى مجال الصحة والخدمات الصحية<sup>(1)</sup>.

و من هنا نرى أن علم الاجتماع الطبي لم يركز أنباه فقط على تطوير الصحة والمرض وبخاصة فى العالم الثالث، وإنما أيضاً ساهم فى تطوير النظرية السوسولوجية العامة، وقد إرتكزت محاولات علم الاجتماع على محاولة فهم احتياجات دول العالم الثالث من الخدمات الصحية ومحاولة الاسهام فى هذه الخدمات بحيث تقابل هذه الاحتياجات الأعداد المتزايدة فى السكان، ونظراً لبداية الاهتمام من جانب الأطباء بالعلوم السلوكية، بدأ علماء الاجتماع الطبي فى الاهتمام بالطرق التى بها يستطيعون توزيع نسق العناية الطبية على المجتمعات والاهتمام بمشروعات البحث التى تمكنهم من تقييم العناية الطبية على المجتمعات والاهتمام بمشروعات البحث التى تمكنهم من تقييم العناية الصحية<sup>(2)</sup>.

(1) Raynand Illsley, op. Cit., PP :172:174

(2) Janin Vansteenkiste, op. Cit., PP: 233:254





## **المبحث الثانى**

# **العلاقات الإنسانية داخل التنظيمات العلاجية**

### **الفصل الأول**

**العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى  
وظيفى.**

### **الفصل الثانى**

**التغيرات التى طرأت على العلاقات بين الأطباء  
والمرضى.**

### **الفصل الثالث**

**الملامح البنائية لدور المريض.**

### **الفصل الرابع**

**دور الطبيب فى تنمية الوعى لدى المريض.**

### **الفصل الخامس**

**التمريض وأهميته**



# الفصل الأول

## العلاقات بين الأطباء والمرضى

### من منظور بنائى وظيفى

تمهيد.

أولاً - بارسونز وظهور التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى:

أ - الدور الاجتماعى للمريض.

ب - الدور الاجتماعى للطبيب.

ج - ملاحظات على تفسير.

١ - افتراض الوحدة الوظيفية.

٢ - افتراض الوظيفة الشاملة.

٣ - افتراض الضرورة الوظيفية.

ثانياً - سوزاس وهولندر وتطوير التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى:

أ - السلبية والإيجابية.

ب - التعاون الموجه.

ج - المشاركة المتبادلة.

د - مناقشة وتعقيب.

ثالثاً - فريديسون وحركة النقد للتفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى:

أ - تناقض التوقعات.

ب - اختلاف الرأى.

ج - أسباب تتعلق بانجاز الطبيب لدوره.

د - أسباب تتعلق بانجاز المريض لدوره.

هـ - مناقشة وتعقيب.

رابعاً - الخلاصة.





## مقدمة :

تعددت المنظورات السوسولوجية التى اهتمت بتفسير العلاقات بين الأطباء والمرضى، وقد تبنى كل منظور من هذه المنظورات مدخلاً مختلفاً وكانت البنائية الوظيفية إحدى هذه المنظورات ويمثلها «بارسونز» ويؤكد فيها على الفهم المشترك بين الطبيب والمريض وعلى تبادلية الأدوار بينهما حيث أن كلا منهما يشارك فى الموقف الاجتماعى ويحاول توقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف، وكل فرد فى هذه العلاقة يؤدي دوره ويكون الآخر متوقعاً لهذا الدور.

وكان بارسونز فى تفسيره للعلاقات بين الأطباء والمرضى يركز على مجموعة من الأنماط السلوكية والنظر إلى الطبيب على انه متخصص والمريض على أنه شخص منحرف باعتبار أن المرض نوعاً من أنواع السلوك الانحرافى، وعلى أساس هاتين الفكرتين بنى بارسونز إطاره التصورى، وإذا كان علينا إمعان النظر فى التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى كان من الضرورى متابعة مختلف وجهات النظر التى ارتبطت بهذا الاتجاه فحاول البعض تطوير فهم بارسونز لهذه العلاقات وحاول بها البعض الآخر نقد ومراجعة أفكار بارسونز.

فنعرض أولاً للآراء كل من «سوزاس وهولندر» اللذين حاولا تطوير أفكار بارسونز وذلك بعرضهما للأشكال المتنوعة للتفاعل الذى يمكن أن يحدث بين الأطباء والمرضى بحيث لا يقتصر تفسير بارسونز على الأمراض القابلة للشفاء فقط ولكن يمكن تطبيقها على جميع الأمراض القابلة وغير القابلة للشفاء.

أما «فريدسون» فهو أحد ممثلى حركة النقد للتفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى حيث أنه يرى أن تفسير بارسونز لهذه العلاقات تفسير يوضح ثبات واستقرار العلاقات، ولم يدرس الصراعات والتوترات التى يمكن أن تحدث بها، وهذا ما دفع فريدسون إلى محاولة دراسة التوتر المحتمل الذى يمكن أن يظهر فى هذه العلاقة والذى غالباً ما يكون نتيجة المصالح المختلفة لكل من الطبيب والمريض واختلاف التوقعات واختلاف الوسائل التى يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه.

ولذا فإن الهدف من هذا الفصل هو إمعان النظر فى التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى واستيعاب قضايا هذا المنظور حتى يمكن الاستعانة بها

فى ترتيب عناصر الواقع والتعرف على أبعاده واستخلاص التوجيهات اللازمة للبحث الميدانى، وذلك انطلاقاً من مجموعة المسلمات والمفاهيم والفروض التى بدأ بها بارسونز تفسيره لهذه العلاقات وكيف تطورت المفاهيم والفروض من خلال أفكار فريدسون وهولندر وأضيف إليها مفاهيم وفروض جديدة من خلال أفكار فريدسون وحركة النقد للتفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى.

### أولاً - بارسونز وظهور التفسير الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى:

ناقش كثير من السوسيولوجيين مسألة العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظورات مختلفة<sup>(\*)</sup>، وقد كانت البنائية الوظيفية إحدى هذه المنظورات ويمثلها «بارسونز» ويؤكد فيها على الفهم المشترك بين الأطباء والمرضى<sup>(1)</sup>.

(\*) تعتبر الاثنوميثودولوجيا أحدث المنظورات النظرية التى اهتمت بدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى، ويرتكز البحث الاثنوميثولوجى على مسلمات الحياة اليومية وتبحث الاثنوميثودولوجيا على ما نتفق عليه والذى يتضمن كل الأفعال والمواقف الاجتماعية، وما نتفق عليه بمثل انجاز تبنته الاثنوميثودولوجيا فى موضوعها، ويحاول الاثنوميثودولوجيين توضيح ما نتفق عليه فى الحياة اليومية عن طريق الوصف على اعتبار أن الذوق العام يكون مصدراً لاعتباراتنا عن عالم الحياة اليومية.

فإذا نظرنا إلى النسق العلاجى بوجه عام والعلاقات بين الأطباء والمرضى بوجه خاص نجد أنها يحتاجان إلى أبحاث تركز على وقائع امبيريقية فى مواقف الحياة اليومية مع التركز على الاجراءات التى يستخدمها كل من الطبيب والمريض لتنظيم هذا التفاعل، ولكى ندرس العلاقات بين الأطباء والمرضى من وجهة النظر الثنوميثودولوجية فإننا لا نحتاج إذن إلى فروض تستند إلى الأبنية السوسيولوجية ولكننا فى حاجة إلى ملاحظة كل الأشياء التى تحدث حولنا فى مجال الحياة اليومية وبخاصة أثناء الاستشارة لتحليل العلاقات بين الأطباء والمرضى إنما يركز على أبنية البحث عن معلومات، فالطبيب يحاول أن يأخذ أكبر قدر من المعلومات التى تفيده فى عملية التشخيص والعلاج، والمريض يحاول أن يفهم كل أوامر وتعاليم الطبيب حتى يصل إلى حالة صحية جيدة. وإذا أطاع طبيبه سيؤدى هذا حتماً إلى استمرارية العلاقة وغوها، أما إذا أحل أحد الطرفين بواجبه فذلك يؤدى إلى فشل العلاقة وربما يؤدى إلى نوع من الصراع بينهما.

Michcal Wadsworth and Others, Studies in A very day Medical Life, Martine Robenson, London, 1979, PP. 11:12.

(1) Donald I. Patrick and Others, Sociology as Applied to Medicine, Op. Cit., P. 52.



## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى وظيفى

ويعتبر التحليل الوظيفى الذى أجراه بارسونز لدراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى من أبرز تلك التحليلات، فقد بدأ بارسونز عملية التحليل حينما اعتبر المرض سلوكاً منحرفاً، وفى بداية تحليله لدور المريض أشار إلى أن الصحة التى يتمتع بها أعضاء أى جماعة تعتبر مطلباً وظيفياً لأى نسق اجتماعى، وعلى هذا فإن المرض يعتبر عائقاً أمام قيام المجتمع بوظائفه ولذلك فإن بارسونز يؤكد على ضرورة تعريف المرض وتحديد تشخيصه وطرق علاجه<sup>(١)</sup>. وبخاصة أن المرضى غير قادرين على الانجاز الفعال لأدوارهم الاجتماعية فى المجتمع، وانطلاقاً من ذلك فقد بدأ بارسونز الاهتمام بالعلاقات بين الأطباء والمرضى عن طريق دراسة الدور الاجتماعى لكل منهما، فإذا اعتبرنا أن هذه العلاقة تعتبر نمطاً ثقافياً سوف يكون من السهل هنا نقلها من الأفراد الذين يعرفونها إلى الأفراد اللذين لا يعرفونها، فكل فرد يؤدى دوره ويكون الآخر متوقعاً لهذا الدور ونتائج هذا السلوك، فلا يمكن للفرد تحديد دوره وهو بعيد عن دور الآخر الذى يشاركه فى هذه العملية، فنجد - مثلاً لذلك - أن دور الطبيب إنما يتصل بدور المريض وتصورات هذا الدور، كما أن المريض لديه من الأفكار الذاتية ما يساعد الطبيب على تحديد نوعية الحالة التى أمامه<sup>(٢)</sup>.

فشأن الدور الذى يقوم به كل من الطبيب والمريض شأن أى دور آخر فى المجتمع كدور الأب والزوج والمدرس إذ لابد أن يرتبط ببعض التوقعات التى تشمل مجموعة الحقوق والالتزامات التى يفرضها ومثال ذلك أن الدور الذى يلعبه الشخص المريض وقتى وغير مرغوب فيه، وهذا ما يجعل بارسونز يركز على مجموعة الواجبات التى عن طريقها يستطيع الشخص المريض الرجوع إلى حالته الطبيعية بطريقة سريعة وممكنه، فالشخص المريض لابد أن يملك بعض الامتيازات وبخاصة أنه محتاج إلى العناية من الطبيب الذى يعالجه من أجل الوصول به إلى حالة متحسنه فهو يبحث باستمرار عن نصيحة طبية متخصصة ولذلك فهو يتعاون مع الطبيب من أجل تحسين حالته<sup>(٣)</sup>.

(1) Talcott Parsons, The Social Saial Sytem, Routledge and Kegan Paul, London, 1951, p.440.

(2) Howard E. Freeman and Others, Hand Book Of Medical Sociology, Op. Cit., 321 - 218.

(3) Donald I. Patick And Others, Sociology as Applied to Medicine, Op. Cit., P. 57.

فتبادل الأدوار التى تحدث بين الطبيب والمريض شئ طبيعى حيث أن كلا منهما يشارك فى الموقف الاجتماعى ويحاول أن يتوقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف والنتيجة له، فالشخص المريض لديه من التوقعات ما يحدد المعايير والقيم المناسبة لكونه مريضاً، كما أن الطبيب يكون معتمداً على تصورات المريض فى الدور الاجتماعى الذى يجب أن يسلكه، فدور الطبيب هنا كما يراه بارسونز هو ارجاع الشخص المريض إلى حالته الطبيعية والوظيفية، أما دور المريض فمن المتوقع منه أن يكون على معرفة بالطرق التى يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكى يصل إلى الشفاء، ومن هنا نجد أن علاقة الأطباء بالمرضى لا تمثل نمطاً تلقائياً للسلوك إنما هى موقف من الضرورة فيه أن يعمل كل من الطبيب والمريض فى نمط ثابت من أنماط السلوك المتوقع وشكل يمكن التنبؤ به قبل أن يحدث<sup>(1)</sup>.

فدراسة «بارسونز» إذن للعلاقات بين الأطباء والمرضى نمت من خلال دراسة الدور الاجتماعى لكل منهما، ذلك الدور الذى يرتبط بتوقعات وحقوق والتزامات كل من الطبيب والمريض. فإذا نظرنا أولاً إلى (أ) الدور الاجتماعى للمريض؛ Role - Sich نجده يتشابه مع أى دور آخر فى المجتمع مرتبط بأنماط السلوك المتوقع ويتضمن فى داخله مجموعة الالتزامات والامتيازات الخاصة به<sup>(2)</sup>.

ويرى بارسونز أننا - ونحن بصدد دراسة الدور الاجتماعى للمريض - يجب أن نضع فى اعتبارنا أن هذا الدور يختلف حسب اختلاف نوعية الأمراض من ناحية واختلاف شخصية المريض من ناحية أخرى وأن هناك ثلاث مسلمات رئيسية مرتبطة بهذا الدور:

أولاً - أن هذا المريض غير قادر وبالتالي فهو يحتاج إلى المساعدة.

ثانياً - أنه لا يملك المقدرة العلمية لشفائه.

(1) William C. Cockerham, Medical Sociology, Op. Cit., P. 93

(2) Samuel W. Bloom, The doctor and his Patients, A Sociological Interpretation, Op. Cit., P. 113.

ثالثاً - إن هذا الشخص غير مسئول عن حالته وهذه الحالة يمكن تعريفها اجتماعياً بأنها ليست خطأ منه، وأما مدى احتياجه للمساعدة فإنه يتوقف على درجة خطورة عجزه ومعاناته، فالشخص المريض أما في حالة عجز أو معاناة أو مواجهة مع المخاطر، كما أنه يكون في حالة قلق على مستقبله وهو لذلك يحتاج إلى مساعدة سواء كانت هذه المساعدة تخصصية أو معملية، ولكنه في موقف لا يعرف فيه نوع المساعدة التي يتطلبها، فهو رجل عادي ليس متخصصاً في الحكم على هذه النواحي العلمية ولذلك فإن اختياره للطبيب يكون على أساس مدى كفاءته العلمية ولكنه يعتمد على توجيه الآخرين له<sup>(1)</sup>.

وقد خلص بارسونز من تحليله لدور المريض إلى أنه يريد أن يصل إلى مرحلة الشفاء بأقصى سرعة ممكنة ويكون الشفاء هو هدفه الأساسي، كما توصل أيضاً على أن المريض هو ذلك الإنسان الذي يعفى إلى حد ما من بعض أنشطته ومسئوليته الطبيعية التي كان يزاوئها قبل المرض، ويرى بارسونز أنه إذا كان المريض في حاجة دائمة إلى المساعدة والرعاية فمن حقه أن يحصل على قدر أوفر منها وعلى الطبيب مساعدته في ذلك الأمر، فإعفاء الشخص المريض أو تحريره من ممارسة مسئولياته العادية إنما يجعله يقبل حالة المرض ولكنه يحاول أن يبحث عن المساعدة المتخصصة للوصول إلى مرحلة الشفاء<sup>(2)</sup>.

ومن هنا نرى أن هناك ثلاثة محكات أساسية لقبول الدور الاجتماعي للمريض. وأول هذه المحكات هو أن المحكات هو أن الحالة المرضية التي يعاني منها المريض لا دخل له بها (لأنها ليست خطأ منه) وبالتالي يمكن اعتباره ضحية لقوى خارجة عنه.

ثاني هذه المحكات تتعلق بالسمة البنائية الاجتماعية لدور المريض، والتي تختص بإعفاء هذا المريض من التزاماته الطبيعية، مثال ذلك بقاء المريض في المنزل بدلاً من تواجده في مكان عمله أو مدرسته.

(1) Talcott Parsons, The Social System, The Free Press, New York, 1973, PP. 431 - 440.

(2) Ibid., P. 440



ثالث هذه المحكات هو أن يبدأ المريض بالبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة<sup>(١)</sup>. فالشخص الذى يطلق عليه مريض نجده يتصرف بطريقة تختلف كلية عن الشخص السليم أولاً: لأنه يعفى من بعض أو كل نشاطاته الطبيعية وهذا بالطبع يعتمد على درجة المرض ومدى خطورته، فيصرح للشخص المريض بالغياب عن العمل، كما يعفى من مسؤولياته العائلية<sup>(٢)</sup>. ومن أجل منع استخدام هذا الحق بغير ضرورة يرى المجتمع أنه يجب أن يستمد شرعيته من الأطباء، وفي هذه الحالة تكون شرعيته ويكون الإعفاء من المسؤوليات هي التي يحللها المجتمع<sup>(٣)</sup>.

ولذلك فإن لهذا الإعفاء شروط منها:

١ - أن هذا الإعفاء من المسؤولية لا دخل للمريض به، فقد يكون هذا الإعفاء من الطبيب أو من بعض أعضاء أسرته إلى أن يشفى ويعود مرة أخرى إلى ممارسة هذه الواجبات أى أنه إعفاء مؤقت.

٢ - كثيراً ما يرفض إعفاءه من مسؤوليات دوره الطبيعى لأن التزاماته الاجتماعية كثيرة ولا يستطيع التخلي عنها لأنها قد تسبب له الكثير من المشاكل سواء العائلية أو الوظيفية، ولذا لا يجب أن تكون هذه الالتزامات التي يعفى منها المريض سبباً في منعه من أن يتنازل حقوقه بعد العودة للشفاء<sup>(٤)</sup>.

ومن هنا نرى أنه في حالة إعفاء المريض من مسؤوليات دوره الاجتماعى ومسؤولياته الطبيعية التي اعتادها، هذا لا يعتبر حقاً دائماً من حقوقه بقدر ما هو اضرائى<sup>(٥)</sup>.

- (1) Talcott Parsons Health and Society, The Milbank Memorial Fund Kuarterly, Vol.53, No. 3, 1975, P. 262.
- (2) Jeannettea R. Folta and Others, A Sociological Frame Work For Patient Care, Op. Cit., PP. 319 - 322.
- (3) Royal Leigh, M., D., The Patient, Biological Psychological and Social Dimensions of Medical Practice, Plenum Medical Book Company, New York, 1983, P. 16.
- (4) David Robinson, Patient, Practitioner and Medical Care, A Spects of Medical Sociology, Op. Cit., P. 53.
- (5) David Mechaniuc, Medical Sociology, The Free Press, No. 4, 1962, P.123.

ثانياً - أن هذا الشخص لا يستطيع استخدام قوته وإرادته للوصول إلى حالة متحسنة.

ثالثاً - يجب على الشخص المريض وكما يتوقع الآخريين منه أن يملك إرادة قوية يستطيع بها أن يصل إلى حالة متحسنة ولذا نرى أنه من الضرورى أن يعرف المريض أنه فى حاجة إلى العناية وأنه لن يستطيع أن يكون فى حالة صحبه متحسنة عن طريق قراره وإرادته هو وحده<sup>(١)</sup>.

ومثال ذلك أن المريض ذا الساق المكسورة لا يستطيع اصلاحها بإراداته القوية، كما أنه لا يعتبر مسئولاً عن حالته وبخاصة إذا أشار هذا المرض إلى خلل فى بناء الجسم الإنسانى، أو فى الأجهزة البيوكيميائية والطبيعة فى الجسم، ويكون حينئذ من الصعب على المريض التحكم فى حالته أو يكون مسئولاً عنها لأنه سيكون فى حالة عجز وعدم مقدرة اجتماعية على مواجهة ذلك المرض، ومن هنا نرى أنه ليس هناك مريض قادر على مساعدته ذاته أو الشفاء من مرضه الجسمى أو العقلى باستخدام إرادته فقط فى حاجة إلى مساعدة متخصصة<sup>(٢)</sup>.

رابعاً - على الشخص المريض البحث عن المساعدة المتخصصة سواء بالذهاب إلى الطبيب أو إلى المستشفى.

خامساً - على المريض التعاون مع القائمين بعلاجه فى محاولة الوصول إلى حالة متحسنة بأسرع وقت ممكن وذلك بتنفيذ كل نصائح وتوصيات الأطباء بشأن العلاج<sup>(٣)</sup>.

إذ كانت هذه هى التوقعات التى حددها المجتمع للشخص المريض فلا بد وأن يرتبط بهذه التوقعات مجموعة من الالتزامات وتتمثل فيما يلى:

- 
- (1) Donald I. Patick and Others, Sociology as Applied to Medicine, Op. Cit., p. 57.
  - (2) Dived Robinson, Patient, Practitioner and Medical Care, Op. Cit., P. 58.
  - (3) Jennettes R. Folat and Others, A Sociological Frame Work For Patient Care, Op. Cit., PP. 319 - 322.

أولاً - رغبة المريض فى التحسن الصحى: فأول التزام من التزامات المريض تبدأ برغبته فى أن يصبح سليماً، فإعفاء المريض من مسئوليات دوره الطبيعى وشرعية اعتماده على الآخرين تجعلنا لا نتوقع منه استخدام إراداته فى أن يصبح سليماً ولكنه يكون المسئول عن حالته إذا لم يكن لديه الدافع فى أن يصبح سليماً ويخرج من مرحلة المرض<sup>(١)</sup>. فرغبة المريض فى أن يصبح سليماً معافى من أهم العوامل التى تساعد على تقبل المريض للعلاج مما يؤدي إلى سرعة الشفاء<sup>(٢)</sup>. وهذه الرغبة تدعم الفكرة القائلة بأن الموقف الاجتماعى للمرض موقف وقصى يزول بشفائه، وهذا بالطبع يختلف إذا كان المريض مريضاً بمرض مزمن فهذا يطول من وضعه الاجتماعى كمريض، وغالباً ما يندرج المرضى بالمرض المزمن ضمن قائمة المتمتعين بصحة طبيعية طالما أنه مستمر فى تعاطى الدواء الذى يجعله أقرب إلى الحالة الصحية الطبيعية، أما دور المرض فهو يطلق على المرضى القابلة حالتهم للشفاء، ويمكن التحكم فى أمراضهم عن طريق العلاج<sup>(٣)</sup>.

ثانياً - البحث عن المساعدة، وهو ثانى التزام من التزامات دور المريض فيجب على المريض أن يكون البادئ فى البحث عن المساعدة الطبية المتخصصة لشفائه وأن يتعاون مع الطبيب من أجل انجاز هذا الهدف<sup>(٤)</sup>. والبحث عن المساعدة العملية المتخصصة من قبل المريض عادة وليست ضرورة، فالمريض عادة ما يبحث عن طبيب متعاون معه لكى يشفى، وحينما يتعاون المريض مع الطبيب فهو يريد من ذلك شفاؤه، ولذا نجد أنه من المستحيل أن نرى المريض فى موقف تعارض أو تنافس مع الطبيب لأنه هو الذى يبدأ بالبحث عن المساعدة<sup>(٥)</sup>. أما إذا لم يلجأ الشخص المريض إلى البحث عن

- 
- (1) Hayle Leigh, M. D., The Patient, Biological Psychological and Social Dimensions of Medical Care, Op. Cit., P. 16.
  - (2) David Mechanic, Medical Sociology, Op. Cit., P. 174.
  - (3) David Robinson, Patient, Paractitioner and Medical Care, Op. Cit., PP. 60 - 62.
  - (4) Hayle Leigh, M. D., Op. Cit., P. 17.
  - (5) David Robinson, Patient, Paractitioner and Medical Care, Op. Cit., P. 61.



## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى وظيفى

هذه المساعدة المتخصصة أو غير المتخصصة فسوف يكتنفه الحرج واللوم من باقى أفراد المجتمع، وهذا يعنى أن الشخص المريض لابد يلجأ إلى الطبيب لعلاجـه واتباع نصائحه للوصول إلى حالة صحية متحسنة<sup>(١)</sup>.

بعد هذا العرض لدور المريض وتوقعات هذا الدور والالتزامات المرتبطة به حاول بعض الباحثين من أمثال «سوزاس وهولندر» تطوير فكرة الدور كما تصورـها بارسونز بالتركيز على ردود فعل المريض تجاه طبيبه، فتبينوا أن سلوك المريض إما أن يكون سليماً يتحلى بالطاعة التامة وإما أن يكون سيئاً يتميز بالمقاومة، فالمعروف أن الفرد الذى اعتاد الضبط والتنظيم يكون أكثر ايجابية فى تفاعله مع الطبيب بخلاف الفرد الذى اعتاد السلبية، لذلك فإن الذين يتوقع منهم أن يسهموا اسهاماً فعالاً فى العناية هم الأفراد الذين لديهم القدرة على تنظيم شئونهم الشخصية داخل حدود المكان الذى يعالجون فيه، فالتنبؤ برد فعل المريض تجاه طبيبه يتوقف بالتأكيد على بعض المتغيرات الشخصية كالتجارب السابقة والتوقعات وعلى المدة التى يقضيها داخل المستشفى<sup>(٢)</sup>.

كما أضاف أيضاً بعض الباحثين دور المريض داخل المستشفى وكيف أنه يختلف عن دور المريض الذى يتعامل مع الطبيب فقط حيث أن دور المريض بالمستشفى سلبى إلى حد ما لأنه لا يسهم فى العلاج وهذا يحدث نتيجة الظروف البنائية التى تؤثر على العلاقة بينه وبين طبيبه ومن هذه الظروف:

١ - روتينية الاجراءات فى المستشفى التى تجعل المريض يفقد ذاتيته، إذ يصل إلى المستشفى وهو فى حالة قلق من المرض نفسه ومن التزامات الدور ومن تسليم جسده إلى الأطباء لعمل فحوصات وغيره، فهذه الاجراءات الروتينية تجعل المريض يعامل كحالة مرضية أكثر من كونه حالة إنسانية وذلك بوضعه فى تنظيم معقد لا يفهم منه شيئاً ونتيجة لذلك يبدأ المريض فى استقبال تعاليم متناقضة من أفراد مختلفين وليس لديه محط يحدد به

(1) William R. Rosengren, Sociology of Medicine, Deversity, Con - Flict and Change, Harper and Publishers, New York, 1983, P. 291.

(2) Howard S. Friedson, Interpersonal Issues in Health Care, Academic Press, New York, 1984, PP. 23 - 24.

الصواب والخطأ، ونتيجة لهذا الاضطراب الذى يشعر به المريض نتيجة الأوضاع المختلفة للسلطة فى المستشفى تصبح العناية به مجزأة وغير مكتملة<sup>(١)</sup>.

٢ - عدم الاهتمام بامداد المريض بمعلومات كافية عن حالته أو عن طريقة العلاج، وربما يرجع السبب فى ذلك إلى ضيق الوقت فليس فى مقدور الطبيب أن يقضى وقتاً طويلاً فى تفسير الحالة المرضية للمريض حيث أنه يقضى ذلك الوقت فى علاج شخص آخر، فضلاً عن أنه يخشى فى كثير من الأحيان تفسير المرض توقيماً لأنه يفهم المريض ذلك خطأ، فينعكس ذلك بالتالى على وسيلة العلاج، وبرغم هذا المسلك الذى يغلب عليه معاملة المريض كحالة مرضية وليس كحالة إنسانية إلا أننا نجد أن هناك عدداً كبيراً من المرضى يحاولون التكيف مع دور المرض إلا أن بعضهم ينجح والبعض الآخر يفشل لأنه غير قادر على انجاز دوره كمريض<sup>(٢)</sup>.

كما تبين عدد آخر من الباحثين وجهة نظر بارسونز فى تفسيره للعلاقات بين الأطباء والمرضى وبخاصة فى تركيزه على الدور الاجتماعى للمريض، فهم يرون أن الأطباء والمرضى وبخاصة فى تركيزه على الدور الاجتماعى للمريض، فهم يرون أن هذا الدور يختلف من مريض لآخر طبقاً لوضعه الاجتماعى وقيمه ومعتقداته، ووعيه بهذا الدور من ناحية، واستجابته لأعراض المرض من ناحية أخرى، حيث نجد أن هناك مريضاً يلجأ مباشرة إلى الطبيب حين يشعر بأى ألم فى حين نجد أن هناك مريضاً آخر يستخدم وسائل علاج ذاتية من أجل تخفيف حدة أعراض المرض كتعاطيه للمسكنات أو مزوالته للتمرينات الرياضية أو الاهتمام بوجباته الغذائية<sup>(٣)</sup>.

وعلى هذا الأساس نتبين أن فهم المريض لدوره يعكس أثره الهام على طلبه للمساعدة المطلوبة لعلاج، برغم أن فهم المريض لذلك فى بعض الأحيان يؤدي إلى عدم رضاه عن الاجراءات الطبية والامكانيات الموجودة

(1) Ibis., P. 210.

(2) Ibid., PP. 210 - 215.

(3) Heannettes R. Folta and Others, A Sociological Frame Work For Patient Care, Op. Cit., P. 323.

فيه، وبرغم ذلك نجد ان الأبحاث التى اهتمت بدراسة كيفية رؤية المريض لدوره مازالت قليلة ومعظمها يعتمد على آراء بارسونز فى دراسته التى أجراها عام ١٩٥١ والتى يحدد فيها العوامل التى تؤثر على توقعات المريض لدوره، فدور المريض يتضمن فى ثناياه خضوع المريض لسلطة الطبيب، وهذا لا يحتم عليه الدخول فى موقف تبعية فحسب وإنما أيضاً فى موقف عدم تأكد وشك، ومشكلة الشك هذه إنما ترجع على الجو العاطفى المؤثر المحيط بأى مريض، كما ترجع أيضاً إلى نقص المهارة التقنية لدى المريض والتى لا تساعد على التحقيق من الاجراءات التى يفعلها الطبيب من أجله، وهناك سمة أخرى لدور المريض تتمثل فى عدم رغبته فى تقدير دوره كمريض حيث أنه غالباً ما يرى دوره بغيضاً أو أنه دور غير مرغوب فيه، كما أنها يمكن أن تخفض من مكانته الشخصية سواء تم هذا بصورة مؤقتة أو دائمة وينطق هذا بخاصة على الأمراض العصبية<sup>(١)</sup>.

وتطوير لفكرة بارسونز يرى روبنسون أن المريض بمجرد أخذه هذا الدور يضع فى اعتباره تكاليف الوقت الذى يقتضيه فى اجازة من عمله أكثر من أن يضع فى اعتباره تكاليف الوقت الذى يقتضيه فى اجازة من عمله أكثر من أن يضع فى اعتباره ما سيحصل عليه من العلاج، كما يرى أيضاً أن فقدان بعض الموارد المالية يعتبر عاملاً هاماً أيضاً فى عدم قدرة المريض على انجاز دوره وبخاصة إذا كان مسئولاً عن عائلة، وبرغم ذلك يرى روبنسون أن هناك بعض المرضى الذين يرون أن اتخاذهم لدور المريض وتنبيه إنما يساعدهم على وجود سبب شرعى لتصرفاتهم وسلوكهم الشخصى «فالسيدة التى ترى أن زوجها كثير المطالب الجنسية تجعل زيارتها للطبيب سبباً لرفضها الاستجابة لزوجها»<sup>(٢)</sup>.

يتضح لنا من خلال دراسة بارسونز للعلاقات بين الأطباء والمرضى أن هذه الدراسة قد نمت من خلال دراسته للدور الاجتماعى لكل منهما هذا الدور الذى يعنى توقعات وحقوق والتزامات كل من الطبيب والمريض، فإذا نظرنا إلى

(1) David Tuckett, An Interoduction to Medical Sociology, Op. Cit., P. 181.

(2) Ibid., PP. 184 - 185.



حقوق المريض كما حددها بارسونز نجد أنها تتمثل أولاً فى اعفائه من مسئولياته الاجتماعية والطبية وربما يكون من أهم أسباب هذا الإعفاء من وجهة نظر بارسونز أن هذا المريض غير مسئول عن حالته وهو غير قادر على مساعدة ذاته ولا يملك القدرة على شفائه من المرض، ومن أجل منع استخدام هذا الحق بغير ضرورة فإن المجتمع يرى أنه يجب أن يكون شرعياً وأن يستمد هذه الشرعية من الأطباء، ومن هنا نرى أن هذه الحقوق ليست حقوقاً دائمة بقدر ما هي اضطرارية وتنزل بزوال المرض.

هذا عن حقوق المريض أما عن التزاماته فهي أولاً تتصل برغبة المريض فى التحسن حيث أن هذه الرغبة هي التى تحفزه للبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة والتعاون مع القائمين بعلاجه فى محاولة للوصول إلى حالة متحسنة بأسرع وقت.

هذا وقد تبنى الكثير من الباحثين وجهة نظر بارسونز فى تفسيره للعلاقات بين الأطباء والمرضى وبخاصة تركيزه على فكرة الدور وما يرتبط به من توقعات وحقوق والتزامات، فى هذا الوقت الذى حاول فيه آخرون تطوير فكره الدور كما تصورها بارسونز وإضافة بعض الأفكار إليها فبعضهم يركز على فكرة الدور وكيف يختلف هذا الدور من المريض لآخر طبقاً لوضعية الاجتماعى وقيمه ومعتقداته ووعيه بهذا الدور من ناحية واستجابته لأعراض المرض من ناحية أخرى، كما حاول آخرون من أمثال «روبنسون» تطوير فكرة الدور عند بارسونز وذلك بالبحث عن الاعتبارات التى يضعها المريض فى اعتباره حينما يتبنى هذا الدور كتأليف الوقت الذى يقضيه فى اجازة من عمله، وفقدانه لبعض الموارد المالية أثناء قيامه بهذا الدور أو وجود سبب شرعى لتصرفاته وسلوكه الشخصى ... كما نرى أن آخرين من أمثال «سواز وهولندر» يركزون على ردود فعل المريض تجاه طبيبه وكيف أن هذا الدور يختلف طبقاً لمكان الاستشارة فدور المريض مع الطبيب فى المستشفى يختلف بالطبع عن دوره مع طبيبه فى العيادة ويرجع الكثيرون هذا الاختلاف إلى الظروف البنائية التى تؤثر على علاقته بطيبه كروتين الاجراءات فى المستشفى وما إلى ذلك.

## ب - الدور الاجتماعى للطبيب.

يعتبر دور الطبيب من الأدوار الهامة نظراً لأنه يحتوى على جانبين أساسيين الجانب الأول هو الجانب الطبى المتخصص المعروف للطبيب، والجانب الثانى هو الجانب الاجتماعى، ويحتوى دور الطبيب على قيم ومعايير وأخلاقيات تملى على الطبيب القيام بواجبه وأدائه لدوره وتكون بمثابة قوانين يحترمها وينفذها، ويرتبط دور الطبيب ارتباطاً تاماً بدور المريض، فالمريض يقبل التعاون مع الطبيب والطبيب يحاول تطبيق معلوماته الخاصة ومهاراته من أجل منفعة المريض ومن أجل تشخيص المرض والعلاج، ولذلك يحاول الطبيب بطريقة ودية معرفة الأمور المتصلة بالمريض والتى غالباً ما تكون معروفة لغيره، فمن الضرورى أن يقوم الطبيب بعمل الفحوصات والاختيارات العملية والفحوص الطبية وأن يحصل على كل المعلومات التى يرى أنها ذات صلة بموضوع المرض حيث أن توتر المريض غالباً ما ينشأ عن الطبيعة الطبية غير الشخصية للممارسة الطبية والتى غالباً ما تخضع لالتزامات الطبيب والتى تفرض عليه أن يكون موضوعياً وغير متحيز عاطفياً للمريض<sup>(1)</sup>.

ويرى بارسونز أن هناك مجموعة من التوقعات التى يجب أن يلتزم بها الطبيب إلى حد ما من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعه منه المجتمع ومن هذه التوقعات:

- ١ - أن يستخدم الطبيب كل خبراته ومهاراته ومعرفته لحل مشاكل المريض.

- ٢ - أن يكون هدف الطبيب هو رفاهية المريض وتحسين صحته وأن يضع الطبيب هذا الهدف فوق اهتماماته الشخصية.

- ٣ - أن يكون حكمه على المرضى عن طريق ممارسته الطبية المتخصصة.

- ٤ - أن يتعهد بأن يكون متعاوناً فى الوظائف التى تساهم فى المحافظة على صحة الفرد ذاته وأن يكون هو البادئ بالدور الأقوى والفعال فى علاقته بمرضاه.

- ٥ - أن يكون الطبيب مقتدرًا ومتخصصًا فى مجال العناية حتى يستطيع أن يتعامل مع مواقف الضعف الصحى.

---

(1) Talcott Parsons, Health and Society, The Mailank Memorial Fund Quarterly, Vol. 53, 3, 1975, P. 262.

٦ - إذا كان بارسونز قد عرف المريض بأنه فرد منحرف فمن الطبيعى أن ينظر إلى الطبيب باعتباره المسئول عن تقويم هذا الانحراف وتحقيق الضبط الاجتماعى، فدور الطبيب فى تحقيق الضبط الاجتماعى إنما يتمثل فى قدرته على تقليل حدة المرض التى يعانى منها المريض، فهو يرغم المريض على الشفاء وذلك باتباع نصائحه والسير على النظام العلاجى الذى يحدد له<sup>(١)</sup>.

٧ - نظراً لأن رعاية المريض نشاط مهنى متخصص، ومن ثم دور الطبيب يعتمد على خبرته ومهاراته وكفاءته الفنية فى مزاولة مهنة الطب وهذه بالفهل قد يتم للطبيب الحصول عليها من خلال التدريب الذى تلقاه والممارسة<sup>(٢)</sup>.

والواقع ان دور الطبيب هنا إنما ينبثق من طبيعة الموقف بينه وبين مرضاه، فعلاج الطبيب للمريض لا يكون نتيجة لاحتياجات الطبيب الفردية وإنما يكون نتيجة الاحتياجات الصحية للمجتمع، فرفاهية المريض هى التى تسيطر على الموقف وليست اهتمامات الطبيب الشخصية، فدور الطبيب هنا كما حدده بارسونز من قبل يكون موجهاً لخدمة الجماعة وليس موجهاً توجيهاً ذاتياً حيث أن سلوك الطبيب يحكم بقواعد عامة تحدد سلوكه وتصرفاته وهذه القواعد هى التى تحمى الطبيب والمريض معاً<sup>(٣)</sup>.

فدور الطبيب إذن إنما يركز على مسئوليته على شفاء مرضاه وتلك المسئولية إنما تحتاج إلى درجة عالية من التخصص الكلى فى العلم الطبى، فمعرفته ومهاراته إنما تساعد على امتلاك الوسائل المناسبة لانجاز هدفه<sup>(٤)</sup>.

وبالإضافة إلى هذا «التخصص الوظيفى» الذى يسهم به الطبيب فى دوره الاجتماعى يجب أن تكون نشاطاته مقتصره على الناحية الطبية والاجتماعية فلا يتوقع من الطبيب مثلاً أن يكون خبيراً فى الشؤون الدينية أو السياسية ويتشترط أن يكون هذا التخصص الوظيفى عاماً وشاملاً للعناية الكاملة،

(1) Ibid., P. 269.

(2) Talcott Parsons, The Social System, Op. Cit., PP. 4739 - 440.

(3) Howard E. Freeman, Hand Book Of Medical Sociology, Op. Cit., P. 322.

(4) Talcott Parsons, The Social System, Op. Cit., P. 448.



فالطبيب يجب أن يكون على دراية بتفاصيل كثيرة عن حياة المريض حتى يتمكن من مساعدته فى الشفاء<sup>(١)</sup>.

كما يجب على الطبيب أن يكون حيادياً «فسواء أحب الطبيب مريضة أم لا ينبغي أن يعامله بشكل مرض وعلى الطبيب أن يضع رفاهية المريض فوق أى اعتبارات أو اهتمامات شخصية له، وبرغم أن اضطلاع الطبيب بالشئون الإنسانية أمر ليس من اختصاصه إلا أن اهتمامه به ضرورى<sup>(٢)</sup>.

«فالحيادية» اتجاه تخصصى يجب أن يسلكه الطبيب تجاه مريضة، فعلى الطبيب ألا يندمج عاطفياً مع المريض للدرجة التى تتحطم بها أحكامه الموضوعية للمرض، فحيادية الطبيب لا تعنى أن يكون الطبيب غير حساس أو يتسم بالقسوة فى معاملته لمرضاه ولكنها تعنى أن يشارك وجدانياً، ولكن فى الوقت ذاته لا تصل هذه المشاركة إلى التعاطف معه وتؤدى إلى عدم وضوح أحكامه التكنيكية<sup>(٣)</sup>.

وتعتبر «العمومية أو الشمولية» أحد الاتجاهات التى يسلكها الطبيب تجاه مرضاه ويقصد بالعمومية أن الطبيب يجب أن يعالج كل المرضى بطريقة واحدة، وهذه الطريقة لا تعنى وصف علاج واحد لهم ولكنها تعنى أن ينظر الطبيب إلى كل المرضى على أنهم متساوون فى الصحة والمرض ولا يفرق بينهم شئ كجنس أو قدرته المالية<sup>(٤)</sup>.

وحينما أكد بارسونز على فكرة الدور الاجتماعى لكل من الطبيب والمريض فذلك لا يعنى أن الطبيب والمريض يتساويان فى موقف العلاج ولكن نرى أن أهم سمات ذلك الموقف الذى يتواجد فيه كل من الطبيب والمريض معاً هو تأدية مجموعة من الوظائف الخاصة بالنسق العلاجى على أساس نوع من التوافق والتكيف الإنسانى بينهما والقضاء على أى معوقات يمكن أن يتعرض لها

(1) Howard E. Freeman, Hand Book Of Medical Social Sociology, Op. Cit., P. 35.

(2) David Mechanic, Medical Sociology, Op. Cit., P. 113.

(3) Howars E. Freeman, Hand Book of Medical Sociology, Op. Cit., P. 322.

(4) Ibid., P.323.

النسق<sup>(١)</sup>. فقد يكون هناك شخص ماهر يقابل شخصاً غير ماهر يحاول تعليمه وتبديل سلوكه وهو بهذا لن يرقى بالشخص الآخر إلى مستواه ولكن يحاول استخدامة كعامل مساعد فى عملية العلاج، فإذا كان الطبيب ذا مكانة مميزة فإن تلك المكانة تنبع من سلوكه تجاه مرضاه ومعرفته لرغباته واحتياجاتهم، وهنا يظهر دور الطبيب فى البدء بعملية التفاعل ومحاولة تهدئة المريض واستخدامة كوسيلة هامة فى عمليتي التفاعل والعلاج<sup>(٢)</sup>.

ومن هنا نرى أنه على الرغم من أن علاقة الأطباء بالمرضى تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية إلا أن دور كل منهما غير متساو فدور الطبيب يتركز على قوته وعلى خبراته التكنيكية وعلى مكانته المهنية المتخصصة والسلطة الموقفية والاعتماد الموقفى على المريض، أما المريض فهو يعتمد على الطبيب لأنه يحتاج إلى خبرته فى علاج حالته حيث أن من العوامل التى تعزز دور الطبيب هى إيمان المريض بقوة الطبيب وقدرته على شفائه، وهذا الجانب فى دور الطبيب ينتج من اعتماد المريض عليه فى القرارات الخاصة بحياته فهو المسئول عن شفائه<sup>(٣)</sup>.

لقد استطاع بارسونز من خلال تحديده للدور الاجتماعى للطبيب أن يحدد لنا أهم حقوقه والتزاماته ويعتبر فحص المريض جسماً من أهم حقوق الطبيب يليها التعرف على جميع الأمور المتصلة به والتى قد يكون لها صلة بمرضة والتى غالباً ما تكون غير معروفة لغيره.

أما أهم التزامات الطبيب كما حددها بارسونز فتتمثل فيما يلى:

- عمل الفحوص والاختبارات المعملية والطبية.
- الحصول على كافة المعلومات التى يرى أنها ذات صلة بموضوع المرض.
- أن يكون هدفه الأول هو رفاهية المريض.
- أن يستخدم كل خبراته ومهاراته لحل مشكلة المريض التى أمامه.
- أن يكون حكمه على المرض حكماً موضوعياً.

(1) Talcott Parsons, Social System., Op. Cit., P.433.

(2) Howard E. Freeman, Hand Book Of Medical Sociology, Op. Cit., P. 318.

(3) William C. Cockerham, Medical Sociology, Op. Cit., P. 94.

## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى وظيفى

كما استطاع بارسونز من خلال عرضه للدور الاجتماعى للطبيب أن يحدد لنا أهم الموجهة لهذا الدور من أهم هذه القيم:

١ - النسب Ascription فى مقابل الانجاز Achievement الذى يؤكد على أداء الفاعلين (ماذا يفعلون).

٢ - الانتشار Diffuseness فى مقابل التخصص Specificity أى التأكيد على العلاقات المحددة ذات الأهداف المحددة.

٣ - الاصطفائية Particularism فى مقابل العالية Universalism تأكيد تنظيم التفاعل طبقاً لمبادئ عامة، ونعنى به معاملة كل شخص على أنه مساوٍ لغيره أمام القانون.

٤ - العاطفية Affectivity فى مقابل الحياد العاطفى Affective Neutrality أى تأكيد تأجيل الإشباع بمعنى ضبط النفس.

٥ - الاهتمام بالجماعة Coggetive Orientation فى مقابل الاهتمام بالذات Self - Orientation<sup>(١)</sup>. أى التأكيد على الفردية بمعنى مجارة المصالح الخاصة.

وربما تعتبر أهم هذه القيم الموجهة لدور الطبيب هى «الحيادية» فسواء أحب الطبيب مريضة أم لا ينبغى أن يعاملة بشكل مرضى، «العمومية» و «التخصص» وأخيراً «الاهتمام بالجماعة» بمعنى أن يكون دور الطبيب موجهاً لخدمة الجماعة وليس موجهاً توجيهاً ذاتياً وأن يكون هدفة الأول هو رفاهية المريض بمعنى أن يكون الطبيب إيثارى ويفضل مصلحة المريض أكثر اهتماماً بمصالحه الخاصة.

### جـ - ملاحظات على تفسير بارسونز:

يعد هذا العرض لأفكار بارسونز وتفسيره البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى يتضح لنا أن هذا التفسير يدور حول مسلمة أساسية وهى أن العلاقات بين الأطباء والمرضى بنيت من نموذج يسلم بانتظام واستقرار وانسجام العلاقة بينهما، ومن هذه المسلمة تظهر العوامل التى تساعد على ثبات وانتظام

(١) على عبد الرازق جلى، الاتجاهات الأساسية فى نظرية علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٠، ص ٣٠١.



هذه العلاقة، وكيف أن مشاركة كل من الطبيب والمريض فى الموقف الاجتماعى وتوقع سلوك الآخر من خلال هذا الموقف له أثر فعال فى المحافظة على ثبات وانسجام العلاقة بينهما.

فإذا كان بارسونز يرى أن العلاقات بين الأطباء والمريض لا تنطوى على أى توترات، فهو إذن قد تجاهل التوترات التى يمكن أن تظهر إذا لم تتوافق مع الواقع، فالمريض حينما يبحث عن مساعدة وظيفية متخصصة ويذهب إلى الطبيب ويشارك فى تحديد المشكلة ربما فى حلها فتلك أمور يشعر معها الطبيب بأن هناك آخر غير متخصص يشارك فى مجال تخصصه وهنا تكون بدايات توتر مع ذلك الآخر.

وإذا كان بارسونز ركز على «فكرة الدور» وما ارتبط بتلك الفكرة من مفهومات أخرى كتوقعات الدور وما يتكون منه ذلك الدور من حقوق والتزامات سواء ما تعلق منه بالطبيب أم المريض، نجد أن تصور بارسونز لاسيما لدور المريض وجد إقبالا شديداً من قبل الباحثين واستفادت منه كثير من الأبحاث فى تفسيرها للمرض بحيث أصبح هذا التصور من التصورات الأساسية علم الاجتماع الطبى، وبرغم ذلك نجد أن هذا التصور قد تعرض للهجوم والنقد من قبل العلماء الاجتماعيين المهتمين بالمجال الطبى وذلك للأسباب الآتية:

#### ١ - الوحدة الوظيفية: Functional Unity

ويقصد بها أنه عندما نبحث عن وظيفة نشاط معين قد يكفى أن نفحص نتائجه بالنسبة لوحدة معينة فقط أو جزء من أجزاء المجتمع كل، ولذلك فمن المهم عندما يقول عالم الاجتماع أن أى عنصر معين يعتبر وظيفياً فقط عليه أن يحدد الوحدة التى يعينها لأنه قد يكون وظيفياً فقط بالنسبة لنظام معين أو جماعة معينة<sup>(١)</sup>.

وهذا ما ينطبق بالفعل على «دور المريض» حيث أن توقعات دور المريض ليست واحدة فى كل المواقف وإنما تختلف باختلاف الجماعات، فئات العمر،

(١) على جليبي، الاتجاهات الأساسية فى نظرية علم الاجتماع، مرجع سابق، ٣٠٨.

## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى وظيفى

الجنس، العرق، نوعية المرض، التعليم فهذا الدور لا يمكن أن يعمم على جميع المرضى حيث أنه يختلف باختلاف الأفراد والجماعات ومثال ذلك أننا نجد الدراسة التى أجراها «دايفيد ميكانيك» عام ١٩٦٤ عن السلوك المرضى بين الأطفال باختلاف أعمارهم وجنسياتهم إنما يؤثر تأثيراً كبيراً على اتجاهاتهم إزاء المرضى، فالأولاد مثلاً يكونون أكثر رزانة تجاه المرضى من البنات، كما يرى Twaddle بأن دور المريض كما حدده بارسونز لا ينطبق على كل الجماعات فنجد مثلاً جماعة Jews يرغبون دائماً فى الوصول إلى حالة صحية جيدة ولذلك فهم يترددون على الأطباء من أجل الوقاية من المرض، وبجانب هذه الاختلافات العرقية فى الاستجابة للمرض نجد أن هناك اختلافاً فى تفسير دور المريض بين المرضى والأشخاص الأصحاء (غير المرضى) وفى الدراسة التى أجراها Monteiro عام ١٩٧٣ وجد أن مرضى القلب يعتقدون بأن ذويهم يمنعونهم من مزاولة مسئولياتهم الطبيعية بعد الأزمات القلبية التى تتابهم، فى حين أن ذويهم يرون عكس ذلك فهم يرون أن مرضى القلب لا يجب أن يمنعونهم من مسئولياتهم ونشاطاتهم الطبيعية بعد حدوث الأزمات ولكن عليهم الاعتناء بأنفسهم وعدم إرهاقها<sup>(١)</sup>. ويرى Louis Blakwell الدراسات التى أجراها عام ١٩٦٧ عن الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة ودرجة عالية من التعليم الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٥ - ٤٤ بأنهم حينما يشعرون بأى ألم واضطراب فيزيقى يسارعون فى البحث عن العناية الطبية المتخصصة حيث أن هؤلاء الأشخاص يكون إحساسهم قوياً بمسئوليتهم لمقاومة المرض، وهذا كله إنما يؤكد على أن بارسونز فى كتاباته عن دور المريض لا يضع فى اعتباره كل هذه الاختلافات الموجودة فى وجهة نظر الأفراد لتصوير المرض وفى تعريفهم المناسب لسلوك المريض واختلافه من مريض لآخر<sup>(٢)</sup>. كما أن تصوره لدور المريض مرتبط بنمط سلوكى خاص، لأنه يركز على مسئولية الأفراد ونضالهم تجاه الصحة والرجوع إلى طبيعتهم، فهو إذن موجهة لطبقة معينة تفترض أن حل المشكلة بطريقة عقلانية هو السلوك المناسب لمواجهة الصعوبات، وأن هذا السلوك سوف تكون نتاجه أكيدة، فبارسونز إذن لا يضع فى اعتباره البيئة الفقيرة التى تعيش فيها بعض المرضى والتى

(1) William C. Cockerham, Medical Sociology, Op. Cit., P. 100.

(2) Ibid., P. 100.

غالباً ما تنجح فى اعتراض مثل هذه القواعد، كما أن كثيراً من الأفراد الذين يعيشون فى طبقات اجتماعية واقتصادية منخفضة غالباً ما يرفضون دور المريض ليس لأنهم فقط لا يملكون الوسيلة المناسبة لممارسة هذا الدور ولكن أيضاً لأن عدم قدرتهم الوظيفية لا تجعل الفرد الفقير يستسلم للمرض<sup>(١)</sup>.

## ٢ - الوظيفية الشاملة: Universal Functionalism

ويرتبط هذا الافتراض ارتباطاً وثيقاً بافتراض الوحدة الوظيفية للمجتمع ويصعب فصله عنه، إذ من المفترض أن نجد وظائف إيجابية لأى عنصر اجتماعى مهما كان بمعنى أن أى أسلوب عليه أن يحقق وظيفة ما إذا كان عليه أن يعيش فترة زمنية معقولة، فليست كل العناصر بالضرورة تحقق وظائف إيجابية لأننا إذا وافقنا على ذلك فإن هذه العناصر قد لا تكون وظيفية للمجتمع فى جملته ويترتب على هذا أن هذه العناصر قد تكون وظيفية بالنسب لبعض الوحدات أو الأجزاء وليست كذلك لغيرها، إذ من المحتمل أن تكون لبعض العناصر نتائج سلبية لبعض الأجزاء بمعنى أنها قد تؤدي إلى عدم الثبات والاضطراب أكثر مما تسهم به فى المحافظة على النسق<sup>(٢)</sup>.

وهذا ما ينطبق على دور المريض حيث أن دور المريض لا يكون إيجابياً دائماً قد يكون معوقاً إذا كانت توقعات هذا الدور احتمال التحسن إلا أن هناك أنواعاً من الأمراض (المزمنة) لا يرجى منها الشفاء. فتصور بارسونز لدور المريض لا ينطبق على جميع أنواع المرض ولكن يمكن تطبيقه على الأنواع القابلة للشفاء أما الأمراض المزمنة كمرض القلب والسكر غالباً لا يستطيع المريض فيها أن يتوقع وصوله إلى حالة صحية متحسنة فى وقت سريع كما اقترح بارسونز فى نموذج، وفى البحث الذى أجراه كل من Boumann و Kossebaum عام ١٩٦٥ على المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة أنهم يفهمون دورهم بمعنى يكاد يختلف عن المعنى الذى يفهمه المصابون بالأمراض التى يمكن الشفاء منها، فأصحاب المرض المزمن يدركون أن هناك استحالة فى عودة أو استعادة أدواره الطبيعية،

(1) Ibid., P. 102.

(٢) على جلى، الاتجاهات الأساسية فى نظرية علم الاجتماع، مرجع سابق، ص



ولذلك يجدون أنه من الضرورى التكيف مع نشاطاتهم الجديدة والتي تتلاءم مع الاضطراب الصحى الدائم الذى يعانون منه، وهنا نرى أن تصور بارسونز لدور المريض يمكن أن يطبق على الأمراض الغير قابلة للشفاء أو التحسن السريع<sup>(١)</sup>.

### ٣ - الضرورة الوظيفية: Indispensability

ويعنى هذا الافتراض عدم النظر إلى أى نشاط محدد أو أسلوب فى أى مجتمع وتقرير أنه ضرورى لهذا المجتمع لأنه يحقق أحد الملزمات الوظيفية إلا أنه قد يوجد أشكال اجتماعية أخرى وأساليب تستطيع بقدر متساو تحقيق ذلك، ولذلك ينبغى أن ندرك أو نعترف أن بالنسبة لأى أسلوب اجتماعى قد يوجد هناك بدائل وظيفية<sup>(٢)</sup>.

وهذا ما ينطبق على دور المريض حيث نرى أشكالا أخرى وأساليب فى العلاقات بين الأطباء والمرضى (كالمستشفى والعيادة والمنزل) وهذه كلها تعتبر بدائل وظيفية تستطيع تحقيق دور المريض، فالنقد الذى وجه إلى تصور بارسونز هنا فى دور المريض هو تركيزه على التفاعل الثابت أو الذى يميل إلى الانسجام والاستقرار بين الأطباء والمرضى ولكن هذا الشكل من أشكال التفاعل يكون عاما حينما يكون المكان الذى يحدث فيه التفاعل هو عيادة الطبيب وحينما يتحكم الطبيب فى هذا التفاعل، ولكن هذا الوضع يختلف إذا حدث التفاعل فى مكان آخر مثل المستشفى حيث أن المريض فى هذه الحالة لا يقابلة طبيب واحد بل فريق من الأطباء بالإضافة إلى أعضاء آخرين يعملون فى مجال العناية الطبية يهتمون بالمرضى كالممرضات كما أن العلاقة بين الطبيب ومريضه تختلف إذا كان المريض فى منزله حيث أن المريض وعائلته فى هذه الحالة سيكونون أكثر تأثيراً على عملية التفاعل، فضلاً عن أننا نجد أن أنماط العلاقة التى لم يتحدث عنها بارسونز فى تفسيره عن دور المريض تختلف إذا كان المريض يسعى إلى الطبيب من أجل الوقاية فقط وليس من أجل العلاج، فهنا لا يكون هدف الطبيب هو محاولة إعادة الوظائف الاجتماعية الطبيعية للمريض بقدر ما يكون هدفها هو المحافظة على

(1) William C. Comckerham, Medical Sociology, Op. Cit., P. 101.

(٢) على عبد الرازق جليلى، الاتجاهات الأساسية فى علم الاجتماع، مرجع سابق، ص ٣١١.

الصحة العامة، كما أن العلاقات بين الأطباء والمرضى تختلف باختلاف الهدف، فإذا كان الطبيب يهتم بعلاج مشكلة جماعة من الأفراد مثل مشكلة تدخين السجائر أو بعض المشكلات البيئية كتلوث الماء والهواء. فى هذا الموقف يجب أن يلجأ الطبيب إلى وسائل مقنعة.

ومن هنا يجب أن نلاحظ فى تعريف بارسونز لدور المريض أن متضمنات السلوك فى بعض الحالات غالباً ما تكون عادية أكثر من كونها مرضية<sup>(١)</sup>.

### ثانياً - سوزاس وهولندر وأنماط التفاعل بين الطبيب والمريض :

حاول كل من سوزاس وهولندر توضيح أنماط التفاعل بين الطبيب والمريض على النحو التالى:

#### أ - السلبية والايجابية:

ويكون المريض فى هذا النمط سلبياً لأنه لا يكون قادراً على المساعدة فى عملية التفاعل وبخاصة إذا كان المريض جريحاً أو فى حالة غيبوبة، بينما الطبيب ذا فاعلية وإيجابية شديدين حيث أنه يقوم بإجراءات العلاج دون أن يضع فى اعتباره مساهمة المريض، وعلاقة المريض بالطبيب وهذا النموذج أقرب إلى حد ما بعلاقة الآباء بأطفالهم الرضع المحتاجين إلى المساعدة<sup>(٢)</sup>.

وهذا النوع من العلاقات غالباً ما يظهر فى العمليات الجراحية والعلاج بالكهرباء وحيث يكون المريض فى هذه الحالة سلبياً ومتجمداً أو معطياً ومستجيباً تماماً لنشاط الطبيب<sup>(٣)</sup>.

وهنا نرى أن سلبية المريض إنما ترد إلى حالته المرضية وخطورتها وكبر أو صغر سنه، فالطبيب هو العامل الفعال بعكس المريض الذى يمثل فى هذه العلاقة العامل السلبي، أى أن الطبيب يستمر فى إجراءات العلاج دون أن

(1) William C. Cockerham, Medical Sociology, Op. Cit., P. 102.

(2) Samuel W. Bloom, The Doctor And his Patient, A Sociological Interpretative, Op. Cit., P. 40

(3) David Robinson, Patients, Practitioners and Medical Care, Op. Cit., P. 72

يضع فى اعتباره المريض<sup>(١)</sup> فالطبيب يحاول فعل أى شئ من أجل اسعاف المريض دون أن ينتظر منه استجابة وهذا النوع غالباً ما ينتشر بين كبار السن والأطفال الرضع<sup>(٢)</sup>.

ب - أما النمط الثانى من هذه العلاقة وهو **التعاون الموجه**، الذى يعد من أنماط التفاعل فإنه يوجد حينما يكون المريض فى حالة من التعب الشديد. وبرغم ذلك يكون قادراً على متابعة توصيات الطبيب والعمل على تنفيذ نصائحه، فالتفاعل هنا يكون بين الطبيب والمريض حيث أن الطبيب يعطى أوامره للمريض وعلى المريض أن ينفذها من أجل الوصول إلى حالة صحية متحسنة، وهذا النموذج يشبه إلى حد ما علاقة الآباء بأولادهم فى سن المراهقة<sup>(٣)</sup>.

والمريض فى ذلك النمط من التفاعل يوافق تماماً على كل نصائح الطبيب لأنه فى حالة وعى تجعله يبحث عن أية مساعدة من أجل الشفاء والرجوع إلى حالته الطبيعية وهو لذلك يتعاون مع الطبيب من أجل إنجاز هذا الهدف، وبرغم ذلك نجد أن الطبيب أكثر تفاعلاً من المريض الذى تظهر تفاعلاته فقط من خلال قبول نصائح الطبيب، إلا أنه أقل سلبية من النوع السابق لأنه على الأقل يكون مطيعاً لكل أوامره<sup>(٤)</sup>.

وبرغم أن كلاً من الطبيب والمريض يشاركان فى هذا التفاعل، إلا أن الطبيب مازال يحتل بناء القوة الأعلى فى هذا النموذج لأنه يملك المعلومات الطبية والخبرة التى تبنى عليها أحكامه والتى على أساسها يوصف العلاج (للمريض)، أما المريض فدوره فى التفاعل ثانوى لأنه يتقبل أوامر الطبيب اعتقاداً منه أنها ستوصله إلى حالة أفضل<sup>(٥)</sup>.

- 
- (1) Hoard e. Freeman, Hand Book Medical Sociology, Op. Cit., P. 329.
  - (2) Donald I, Patrick and Others, Sociology as Applied to Medicine, Op. Cit., P. 61.
  - (3) Samuel W. Bloom, Op. Cit., P. 41.
  - (4) David Robinson, Patients, Practitioners and Medical Care, Op. Cit., P. 82.
  - (5) H. W. K. Acheson, The Doctor - Patient Relationship, Stationary Office, London, 1979, P. 12.

فدور الطبيب هنا يتمثل فى ارشاد المريض بما يجب أن يفعله، أما دور المريض فيتمثل فى التعاون مع الطبيب وطاعته، إذن فتعاون المريض هنا يرد إلى طبيعة مرضه ووعيه وحاجته إلى العلاج

جـ - وتعتبر المشاركة المتبادلة ثالث نمط من أنماط التفاعل بين الأطباء والمرضى وهذا النمط أكثر فعالية فى حالة الأمراض المزمنة أو التى تتطلب علاجاً لفترة طويلة حيث يتطلب ذلك النموذج من المريض أن يكون على اتصال دائم بالطبيب وهو الذى يقوم بعلاج ذاته أو مباشرة علاجه فى الفترة ما بين الاستشارة والأخرى، ولذلك فإن هذا الشكل غير ملائم للأطفال أو المرضى ذوى العجز العقلى أو الأفراد ذوى المستوى التعليمى المنخفض، وهذا النوع من التفاعل شبيه بالعلاقة بين الشباب الذى يملك معرفة خاصة وبين الشباب الذى يحتاج إلى تلك المعرفة<sup>(١)</sup>. ويطلق البعض على هذا النموذج إسم (نموذج التعاون الكامل) حيث أننا نرى فى هذا النموذج تعاون كل من الطبيب والمريض من أجل بلوغ هدف معين وهو الوصول إلى حالة طبيعية للمريض<sup>(٢)</sup>. أى أن مسئولية الطبيب تتمثل فى مساعدة المريض لكى يستطيع مساعدة ذاته، ولذلك فإن هذا الشكل يتطلب أن يكون فيه المريض قوى الإرادة لتحقيق سبل العلاج<sup>(٣)</sup>.

#### د - مناقشة وتعقب:

من هذا العرض السابق يتضح لنا تبنى سوازس وهولندرو جهة نظر بارسونز فى تفسيره للعلاقات بين الأطباء والمرضى وبخاصة فى تركيزهما على فكرة الدور الاجتماعى للطبيب والمريض، ولكنهما حاولا تطوير هذه الفكرة كما تصورها بارسونز وذلك بتركيزهما على أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى التى يتأرجح فيها موقف السيطرة بينهما. فنرى

أولاً - السلبية والايجابية التى يرد فيها سوازس وهولندر سلبية المريض إلى حالته المرضية ومدى خطورتها وكبر أو صغر سنه.

(1) Samuel W. Bloom, The Doctor and His Patient, Op. Cit., P. 41.

(2) H. W. K. Acheson, The Doctor - Patient Relationship, Op. Cit., P. 130

(3) Howard E. Freeman, Hand Book Of Medical Sociology, Op. Cit., P. 326.



## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائي وظيفي

ثانياً - التعاون الموجه وكيف أن تعاون المريض مع الطبيب يرد طبيعة مرضه ووعيه وحاجته إلى العلاج.. ويعتبر التعاون الموجه أهم أنماط التفاعل انتشاراً في دراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى، أما المشاركة المتبادلة وهي ثالث نمط من أنماط هذا التفاعل التي تتمثل في قدرة الطبيب على أن يعين المريض على مساعدة ذاته فقد أصبحت الآن في زيادة مستمرة حيث لأن هذا الشكل يعتبر أساسياً وبخاصة عند المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة والتي تتطلب العلاج فيها برنامجاً ينفذه المريض عن طريق التعليمات التي يتلقاها من الطبيب.

وتعتبر آراء سوزاس وهولندر للتفسير البنائي الوظيفي للعلاقات بين الأطباء والمرضى قد بنيت هذه الآراء من «افتراض أساس» يتمثل في أن العلاقات بين الأطباء والمرضى لا تتخذ نمطاً واحداً وإنما تتخذ أنماطاً متعددة تنتج من التفاعل الذي يحدث بينهما، وقد استطاع هذا الافتراض أن يفيدنا في التعرف على أبعاد العلاقات وأنماطها المختلفة وإلى أي حد يمكن أن يختلف نمط العلاقات طبقاً لنوع المرض، وكيف أن دور الطبيب ودور المريض يختلفان باختلاف شكل العلاقة بحيث يتأرجح موقف السيطرة بينهما ولا يقتصر على الطبيب فقط كما ذكر بارسونز.

وبرغم هذا نجد أن آراء كل من سوازاس وهولندر قد تعرضت للنقد والهجوم من قبل الآخرين وعلى رأسهم «فريدسون» الذي يرى أن التقدم الذي حدث عن طريق التطور العلمي ودخول مجالات جيدة على الطب قد انعكس على علاقات الأطباء بالمرضى، فبعد أن كانت هذه العلاقة علاقة عمل بحتة في الماضي، أصبح ينظر إليها الآن على أنها أكثر قوة ومتانة وصلابة نتيجة لجمعها بين العنصر العلمي والعنصر الاجتماعي في ذات الوقت<sup>(1)</sup>.

وبرغم هذا يرى فريدسون أن أنماط التفاعل التي تحدث عنها كل من سوازاس وهولندر لا تمثل كل أنماط التفاعل بين الأطباء والمرضى حيث أن هناك بعض الاحتمالات الأخرى التي يمكن أن تحدث في هذا التفاعل، ففي نموذج التعاون الموجه

(1) Fredson, E., Paramedical Personnel in International Encyclo - Pedia Of The Sciences, Vol. 9 - 10, P. 114.

نجد أن المريض يكون مرشداً وموجهاً بينما الطبيب هو الذى يتعاون معه، وفى نمط السلبية والايجابية نجد أن المريض قد يكون ايجابياً فى حين أن الطبيب يكون سلبياً وكما أن هناك نوعاً من التعاون غير المتبادل أو ما يطلق عليه سلبيه متبادلة<sup>(١)</sup>.

ومعنى هذا أن الطبيب قد يقوم بدور معين ليحافظ على نمط وسير هذه العلاقة، فالتبيب يحاول أولاً تشخيص المرض الذى أتاه من أجله المريض وذلك فى سبيل تحديد العلاج المناسب له، وهو فى ذات الوقت يحاول أن يحصل على موافقة المريض على ذلك التشخيص والعلاج حتى يتبع نصائحه، ولكننا نجد فى بعض الأحيان ألا يوافق المريض الطبيب فيبدل الطبيب حينئذ قصارى جهده فى اقناع المريض أن يغير نظره أو يغير سلوكه إذا هذه المشكلة، وهنا نجد أن الطبيب يحاول التحكم فى ذلك الموقف وتخفيف حدة الصراع بينه وبين مريضه عن طريق اتباع استراتيجية معينة ولا سيما بالنسبة لهؤلاء المرضى الذى ينظرون إلى الطبيب على أنه ند لهم، وهذه الاستراتيجية تتمثل فى محاولة الطبيب تغيير وحصر عدد المرضى من هذا النوع حتى يستطيع التعامل معهم وأن يحدد وقت الاستشارة حتى لا يتيح لهم فرصة للجدال والنقاش فى مسألة التشخيص والعلاج، فإذا فقد الطبيب ثقته فى أن ينفذ المريض الذى أمامه نظام العلاج يحاول أن يوسع من مجال تدخله فى حياة المريض من أجل التحكم فيه مباشرة وتتبع نصائحه أو عن طريق تكرار الاختبارات العملية للتأكد من انتهاء المريض لنظامه العلاجى، ويقوم الطبيب بهذه المحاولات كلها من أجل ضبط العلاقة بينه وبين مريضه وهى كلها تبين أن المريض هنا يكون سلبياً فى تفاعله مع الطبيب، والطبيب يجبره أن يكون ايجابياً معه<sup>(٢)</sup>.

### ثالثاً - فيريدسون وحركة النقد للتفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى:

بعد أن عرضنا للتفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى فإننا لا يمكن أن ننكر أن هذا التفسير قد استطاع امدادنا بتحديد واضح لدور الطبيب والمريض وتوجيهنا إلى التركيز على المرض باعتباره شكلاً من أشكال الانحراف وهذا ضروره من أجل ارجاع المريض لوظيفته وإلى حالته الطبيعية، إلا أن هذا

(1) Ibid., P. 114.

(2) David Tuckett, An Interoduction To Medical Sociology, Op. Cit., P. 201.

لتفسير - كما سبق ان ذكرنا - قد نعرض لنقد وهجوم شديدين مما دفع البعض \* إلى محاولة نقده وسد الثغرات التى به ومن هؤلاء «فريدسون» الذى يرى أن دراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست علاقات تكامل وتعاون متبادلين كما تصور بارسونز وإنما هى علاقات توتر... ذلك التوتر الذى ينشأ نتيجة المصالح المختلفة بين الطبيب والمريض، واختلاف التوقعات واختلاف الوسائل التى يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه<sup>(1)</sup>.

وحينما نحاول تحديد الأسباب التى تؤدى إلى حدوث التوتر بين الأطباء والمرضى نوجزها فيما يلى:

#### أ - تناقض التوقعات:

يتمثل التوتر فى العلاقات بين الأطباء والمرضى فى التوقعات المتناقضة التى يجدها الطبيب فى سلوك المرضى، فالطبيب غالباً ما يتوقع أن يكون المريض مطيعاً لنصائحه وارشاداته وتعليماته الطبية، إلا أنه قد يصاب بنوع من الاحباط حينما يجد مريضه غير مطيع وغير منفذ لتعليماته وذلك قد يكون بداية التوتر بينهما<sup>(2)</sup>. فتعارض التوقعات إنما يكون سبباً من أسباب التوتر الذى ينشأ بينهما فالطبيب دائم الشكوى من المريض الذى يستشير ثم يشخص المرض والعلاج حيث أن زيادة الوعي الصحى بين المرض تدفع المريض إلى أن يسعى للوصول إلى قرار بشأن علاجه مع الطبيب، وعلى العكس من ذلك نجد أن الطبيب لا يتوقع هذا من المريض لأنه يرى أن المريض يجب أن يقبل تشخيص وعلاج الحالة بدون أن يوجه إليه أى أسئلة<sup>(3)</sup>. فالتوتر بينهما غالباً ما يكون نتيجة محاولة كل منهما استخدام

(\*) من هؤلاء الذين حاولوا نقد تصور بارسونز للعلاقات بين الأطباء والمرضى

كلارك Clark - كو Koos - ساندروز Sanders

انظر:

Clark Kennedy, Man, Medicine and Morality, Farber and Farber, London, 1969, P. 289.

(1) Donald I. Patrick and Others, Sociology as Applied to Medicine, Op. Cit., P. 62.

(2) Freidson, E., Medical Personnel, Physicians in International Encyclopedia Of The Social Sciences, Vol. 9 - 10, 1968, P. 105.

(3) Donald I. Patrick and Others, Op. Cit., P. 63.

أسلوب خاص به للتأثير على الآخر وعلى نتيجة الاستشارة هذا الأسلوب يعتمد على ما يلى:

• الاقناع: فالمريض غالباً ما يحاول اقناع الطبيب بنوع العلاج المناسب له فى حين يحاول الطبيب اقناع المريض بضرورة إجراءات العملية لتحديد نوع العلاج المناسب له.

• المساومة: ونعنى بها العملية التى يصل كل من الطبيب والمريض والمريض فيها إلى نوع من الاتفاق الودى وهذا ما حاوله Ruth فى الدراسة التى أجراها عام ١٩٦٣ على مرضى السل وأوضح فيها كيفية اذعان المريض للطبيب نتيجة امتداد فترة العلاج بعد ان قام الطبيب بتوضيح الأثر السلبى الذى يترتب على عدم اتباع المريض لنصائحه.

• الشك: برغم أن الطبيب فى كثير من الأحيان يكون متأكداً من تحديد نوع المرض وأسلوب العلاج إلا أنه يحاول متعمداً إظهار تردده وعدم تأكده من تحديد نوع المرض لأن هذا التردد يخدم الأهداف الإدارية مثل توفير وقت الأطباء وتحمشى التحيز العاطفى إلى المرضى وعائلتهم، كما أن إبداء الشك والتردد إنما يساعدان الطبيب على استخدام سلطته مع المرضى لأنها تقل من رغبة المريض فى اصدار قرار بشأن مرضه وترك الأمر للطبيب.

• التركيز على تفاعلات المريض: فالطبيب لا يجب أن يهتم فقط بما يقوله المريض بل عليه أيضاً تركيز انتباهه على تفاعلات المريض، فالعمليات غير اللفظية لا تستخدم فقط فى ضبط الاستشارة ولكنها تحدد أيضاً نهاية الاستشارة، وعموماً فإن الطبيب غالباً ما يستخدم موقفه المسيطر فى الاستشارة والتى ترجع إلى مكانته المتخصصة ومعلوماته وخبراته الخاصة فى المجال الطبى، أما قدرة الطبيب على التأثير فى الاستشارة فهى تعتمد على بعض العوامل مثل مستوى المريض فى المعرفة الطبية وبخاصة ما تصل منهما بمشاكله المرضية، كما أنها تتوقف على مدى قدرته فى التعبير عن مشاعره تجاه طبيبه<sup>(١)</sup>.

(1) Ibid., P. 64.



ب - اختلاف الراى:

كما يظهر الصراع فى علاقة الأطباء بالمرضى نتيجة اختلاف رأى كل منهما، فالصراع غالباً ما يظهر حينما يحاول المريض حسب منظوره العادى أن يتحكم فيما يقوله الطبيب، أو حينما يحاول المريض أن يشخص مرضه حسب ما هو شائع بين الأغلبية وهنا يظهر التوتر نتيجة لشكوى الطبيب من المعيار غير المتخصص الذى يستخدمه الناس فى اختبار أطبائهم، ومن النقد الذى يوجهه المريض<sup>(١)</sup>.

فالتوتر كما يرى فريدسون إذن يظهر نتيجة لاختلاف الراى حول التشخيص والعلاج، فالبرغم من موافقة المرضى على أن الأطباء أكثر تمنعاً منهم بالخبرة الفنية والتخصص الاكلينكى، إلا أنهم يحاولون تقييم تشخيص وعلاج المرض من وجهة نظرهم وهنا يحدث الاختلاف بين تقييم كل من الطبيب والمريض للحالة وهذا بالطبع راجع إلى اختلاف نوع المعرفة الطبية وإلى الخبرة الشخصية لكل منهما مع المريض<sup>(٢)</sup>. فمن المعروف أن عالم الخبرة والإطار المرجعى لكل من الرجل العادى والرجل المتخصص غالباً ما يكون بينهما قطيعة، وهذا يرجع إلى الاختلاف فى ادراك كل منهما، فالمريض مثلاً يتقبل خبرة الطبيب ولكنه فى الوقت ذاته يحاول تقييم هذه العمليات الطبية فى الوقت الذى يرفض فيه الطبيب تدخل المريض فى عمله<sup>(٣)</sup>.

وربما يكون من أسباب اختلاف الراى بينهما هو الاهتمامات المختلفة لكل من الطبيب والمريض، فالمريض لا يهتم إلا بحالته المرضية ومحاولة علاجها فى الوقت الذى يهتم فيه الطبيب بمحاولة التوازن بين الاحتياجات المنافسة لعدد كبير من المرضى، وفى الوقت الذى يود فيه المريض أن يتحدث مع الطبيب ليستطيع من خلال حديثه مناقشة كل مشاكله نجد الطبيب فى صراع وتصادم بين التزاماته كطبيب وبين حقوقه<sup>(٤)</sup>.

(1) Caroline Cox AND Others, A Sociology Of Medical Practice, Op. Cit., P. 285.

(2) Friedson, E., Paramedical Personnel in International Encyclopedia of the Social Sciences, Vol. 9, 1968, P. 114.

(3) Caroline Cox And Others, A Sociology Of Medical Practice, Op. Cit., P. 288.

(4) Donald I. Patrick and Others, Socilogy as Applied To Medicine, Op. Cit., P. 62.

كما ينشأ بينهما نتيجة لاختلاف تقييم كل منهما لمدى خطورة الحالة، وهذا يرجع إلى اختلاف كل منهما في مجال الطب واختلاف الخبرة الشخصية بالمرض، فالمعروف أن مشكلة التشخيص ليست مشكلة خاصة بالطبيب فقط ولكنها متصلة أيضاً بالمريض، ففي الاستشارة غالباً ما يسودها غموض نتيجة لشك المريض لا اعتقاده أنه مدرك لحالته، فحينما يخبره الطبيب بأن حالته ليست خطيرة يشك في كلامه لأن أصدقائه مثلاً أخبروه بأن صديقاً لهم قد توفى في الحال بعد احساسه بنفس الأعراض التي يعانى منها ولأنه يضع في اعتباره أن الطبيب إذا كان يخطئ مره كل مائة ألف حالة فسوف تكون حالته هي المماثلة، فإما أن يذهب إلى طبيب آخر أو يتجنب الوصفة الطبية التي أخذها من طبيبه<sup>(١)</sup>. ونتيجة لاختلاف الرأي بينهما فقد يتخذ الصراع شكلاً آخر يطلق عليه الصراع الخفى ويظهر هذا الشكل حينما يتخلل مشكلة التشخيص شك من جهة الطبيب ويشعر بها المريض، فإنه في ظروف ما يذهب أحد منا إلى الطبيب ويعرف في الحال أن كان هذا الطبيب متمكناً من عمله أو لا فإذا وثق المريض في الطبيب سيدعن لنصائحه وبخاصة إذا اتفقت وجهات نظرهما، أما انعدام الثقة بينهما فقد تسبب الكثير من المشاكل للأطباء بوجه عام وللطب بصفة خاصة ذلك لأن هذه الثقة لا تنبثق آلياً من الموقف الطبى ولكنها ترتبط بالميزات التي يجب أن تتوافر في أى طبيب يمتحن هذه المهنة<sup>(٢)</sup>.

وأخيراً نرى أن اختلاف الرأي بين الطبيب والمريض إنما يرجع إلى «الاختلافات الثقافية» الموجودة بينهما وفي الوقت ذاته قد تكون سبباً من أسباب التوتر، فإذا لم يكن لدى المريض وعى صحى فإنه يكون غير قادر على توضيح شكواه نتيجة لقلّة معرفته، كما أنه ربما يدلى بمعلومات خاطئة وبالتالي تتسع الفجوة بينه وبين الطبيب، كما أنه إذا كان لدى المريض الوعى الصحى الكافى فذلك بقوده إلى محاولة معرفة أعراض المرض الذى يعانى منه وبالتالي التدخل في أسلوب العلاج وبرغم أنه سيعاون الطبيب في تنفيذ العلاج نتيجة لمعرفة تاريخ الحالة، إلا أن زيادة الوعى الطبى لدى المريض لها أثر سلبى حيث أن المريض غالباً

(1) Caroline Cox And Others, A Sociology Of Medical Practice, Op. Cit., P. 289.

(2) Ibid., P. 290.

ما يتدخل فى تقييم عمل الطبيب، فالوعى الصحى إما أن يقضى على الصراع بين الطبيب والمريض، وإما أن يعمل على زيادة هذا التوتر أى أنه سلاح ذو حدين وهذا يعتمد على الموقف الذى يتواجد فيه الطبيب مع المريض<sup>(١)</sup>.

### ج - أسباب تتعلق بانجاز الطبيب لدوره:

هناك نوع مرتبط وملازم للدور الاجتماعى للطبيب، فطبيعة الاحتكاك الاكلينيكى بين الطبيب والمريض طبيعة فردية من الدرجة الأولى، فحينما يأتى المريض إلى الطبيب بمشكلة ما فهو يتوقع من الطبيب عمل أى شئ إزاء حلها، وهذا بالطبع يختلف عن مقدرة الطبيب لأنه فى كثير من الأحيان قد لا يملك التكنولوجيا المناسبة التى بها يستطيع شفاء هذا إذا كانت المشكلة التى أتى بها المريض طبية، أما فى حالة المشاكل غير الطبية فغالباً ما يكون السبب فى خلق الصراع بينهما لأن المريض فى هذه الحالة يتوقع أن يعتنى به الطبيب من الناحية الإنسانية أن يكون متعاطفاً معه فإذا اختلف هذا التوقع عن الواقع فهو غالباً ما يؤدى إلى حدوث هذا الصراع بينهما<sup>(٢)</sup>.

وكثيراً ما يصادف الطبيب ضغوطاً كبيرة حينما يحاول التوفيق بين اهتمامات المريض الفردية وبين اهتمامات المرضى كجماعة، فالمستشفى تحاول بقدر الامكان مساعدة المرضى فى حدود القواعد والاجراءات المحددة بها والتى تضمن لكل مريض العلاج المناسب له، فإذا ما تقاعست المستشفى عن القيام بهذا الدور فسوف يؤدى هذا إلى تدمير المرضى ولاسيما أن كل مريض يريد خدمات أكثر من غيره واهتماماً أكبر، كما أن الأبحاث التى يجربها الطبيب على المريض برغم أنه يستفيد منها فى اكتساب الخبرة تكون فى الوقت ذاته ضد رغبة المريض الفردية<sup>(٣)</sup>.

ويظهر التوتر أيضاً فى دور الطبيب حينما يحاول توزيع بعض المصادر النادرة كوقته ومهارته والمواد المستخدمة فى الكشف والتجهيزات الطبية على

(1) Ibid., P. 292 - 193.

(2) David Tuckett, An Interoduction To MEDICAL Sociology, Op. Cit., P. 393.

(3) Ibis., P. 142.

عدد كبير من المرضى، فإذا كان الطبيب سيجبر على اختيار فإن هذا بالتالى سيؤدى إلى تدمير الآخرين... وتعتبر محاولة الطبيب عمل موازنة بين مسئولياته كطبيب وبين مسئولياته الخاصة عاملاً من عوامل ظهور الصراع فى علاقته بمرضاه، فالطبيب الذى يريد تحقيق طموح يجد نفسه فى صراع بين دوره كطبيب وبين اهتماماته الشخصية التى تحقق هذا الطموح، كما يجد الطبيب صراعاً آخر بين دوره كطبيب وبين أدواره الأخرى فى الحياة ككونه أباً أو زوجاً أو عضواً فى نادى وهذا يرجع إلى أن مهنته ليست أى مهنة أخرى حيث أن الطبيب مكلف بأن يؤدى دوره كطبيب فى أى مكان وزمان يطلب فيهما حتى لو تعارض هذا المطلب مع بقية أدواره<sup>(1)</sup>.

ويعتبر مجال التعامل من المجالات التى يمكن أن تتسبب فى حدوث توتر بين الأطباء والمرضى، حيث أن الاستشارة بين الطبيب ومريضه تبدو لنا فى بعض الأحيان عاجزة عن القيام بوظيفتها وهذا يرجع إلى سلبية الطبيب تجاه مرضاه وعدم الحصول على كل المعلومات التى قد تفيده فى التشخيص والعلاج<sup>(2)</sup>. فالطبيب عادة ما يجد صعوبة فى التحكم فيما يجب أن يقال أثناء الاستشارة وهذه عادة ما يكون لها كثير من النتائج السلبية على التشخيص والعلاج وبالتالى على حدوث الصراع بينهما، وبرغم أن كثيراً من الأطباء يدركون هذه المشكلة تماماً إلا أنهم يرجعونها إلى الوقت المحدد الذى لا يمكن المريض من سرد كل مشاكله على الطبيب وبالتالى إلى نقص الاهتمام به<sup>(3)</sup>.

ومن العوامل أيضاً التى تؤدى إلى حدوث التوتر بين الأطباء والمرضى والمتعلقة بالدور الاجتماعى للطبيب عدم قدرة الطبيب على التفاعل السليم مع مرضاه نتيجة نقص فى اجراءات المقابلة المنظمة، لأن الطبيب أثناء تدريبه الاكلينيكى لا يتلقى فقط معلومات عن كيفية توجيه الأسئلة الروتينية عن المرض

(1) Ibid., P. 149.

(2) Patrick S. Byrne and Others, Doctors Talking To Patients A Study of the Verbal Behavior Of General Practitioners, Herms - Jesty's Stationary Oggice, London, 1971, PP. 52 - 59.

(3) Colin Fraster and Others, Communication Between Doctors and Patients, Op. Cit., P. 49.



الفسولوجى للمريض، ولذلك يجد الطبيب صعوبة فى اكتشاف كيفية تأثير المرض على المريض وعائلته وعلى الجوانب الاجتماعية والسيكولوجية فى حياته حيث أنه يهتم فقط بوصف العلاج للمريض<sup>(١)</sup>. فالطبيب غالباً ما يشعر بأن تدخله فى الجوانب الشخصية للمريض يعتبر نوعاً من التطفل وتعديل من الطبيب على حياة المريض الشخصية ولذلك يحاول كثير من الأطباء تجنب هذه المنطقة من حياة المريض، بالإضافة إلى أن غالباً ما يقاوم نفسه لعدم سؤال المريض عن التوضيح، فحينما يقول المريض للطبيب أن مشكلته الأساسية هى الارتباك يحاول الطبيب أن يأخذ هذه المشكلة على أنها اضطراب فى العقل ولا يحاول توجيه أى أسئلة أخرى للمريض توضح امكانيات أخرى لحدوث مثل هذا الارتباك لدى المريض وهذا بالطبع يجعل الطبيب يعالج مشكلة غير المشكلة الأساسية التى يعانى منها المريض<sup>(٢)</sup>. وبرغم أن أغلب المرضى يستطيعون مد الطبيب بمفاتيح شفوية لمشكلتهم الأساسية أثناء عملية الاستشارة، إلا أن الطبيب لا يلاحظها ولا يستجيب لها، فنجد أن المريض الذى يحضر إلى الطبيب ويخبره بأن مشكلته هى نوبات من الدوار أو الدوخة (فقدان الوعي) وهذا هو سبب شعوره بالاكئاب، وبرغم هذا نجد أن الطبيب فى كثير من الأحيان لا يلاحظ تقلب مزاج المريض أثناء الاستشارة وبالتالى لا يستطيع إدراك أن مشكلة المريض الأساسية هى الاكئاب وليست نوبات الدوار التى يشعر بها<sup>(٣)</sup>.

فعدم قدرة الطبيب على توجيه أسئلة كافية للمريض من أهم أسباب حدوث التوتر بينهما حيث أن معظم التى يوجهها الطبيب إلى المريض تكون ذات نمط مميز ومحدود فى المعلومات التى يحصل عليها منه، وهذا بالتالى يقود إلى نقص فى أهمية المعلومات التى يحصل عليها من مريضه بالإضافة إلى أنه فى كثير من الأحيان يتوجه الطبيب للمريض الكثير من الأسئلة دون أن ينتظر منه الإجابة عليها<sup>(٤)</sup>. وفى مواقف أخرى نجد الطبيب يحاول التهرب من أسئلة المريض وبخاصة إذا كان المريض فى حالة صحية متدهورة، أو حينما يسرد المريض للطبيب بعض

(1) Ibid., P. 50.

(2) Ibid., P. 52.

(3) Ibid., P. 52.

(4) Ibid., P. 53.

مشاكله الشخصية ويطلب منه التوضيح، فيجد الطبيب نفسه فى وضع حرج للإجابة على هذه النوعية من الأسئلة<sup>(١)</sup>.

ولتقليل نسبة التوتر المحتمل حدوثها والتي ترتبط بدور الطبيب ينبغى أن يعدل الطبيب بين الحاجات المتعددة للأعداد الكبيرة من المرضى الذين يشرف عليهم وأن يوزع وقته وخبراته عليهم بالتساوى حتى يستطيع أن يرضى كل من مرضاه ويقضى على صراع يمكن أن يحدث بينهما<sup>(٢)</sup>.

كما يجب على الطبيعى أيضاً أن يحترم رغبات المريض وأحكامه الذاتية، فحينما يأتى المريض بمشكلة ما إلى الطبيب فعلى الطبيب عرض وجهة نظره عليه ثم يترك له الاختيار حتى يصبح القرار قرار المريض ثم عليه بعد ذلك الموافقة على هذا القرار إذا كانت وجهة نظر المريض سليمة<sup>(٣)</sup>.

وحينما يأخذ الطبيب قرار من أجل مريضة يكون ذلك القرار فى صالحه وذلك من خلال فهم الطبيب لكل كلمه يتفوه بها المريض عدم الاهتمام فقط بنوع المشكلة بل فهم ما تعنيه هذه المشكلة بالنسبة للمريض، فمهارة الطبيب فى انتزاع المعلومات من المريض وجعله مدعناً لأوامره ونصائحه قادرة على القضاء على أى صراع يحدث بينهما ولكن ذلك يتطلب نوعاً من التدريب على كيفية الاتصال السليم بالمريض وهذا ما تحرص عليه معظم كليات الطب وذلك بتدريس بعض العلوم السلوكية بها كعلم الاجتماع وعلم النفس لطلابها تحقيقاً لهذا الهدف<sup>(٤)</sup>. وذلك هو التطور الذى يجمع بين الأخلاق والعلم بين المريض كحالة مرضية وحالة إنسانية، فمهارة الطبيب لا تأتى من الممارسة الخاصة للطب ولكن من زيادة خبراته مع الأفراد نتيجة لتعامله معهم ليس على أساس المرض فقط ولكن على أساس علاجه ككل<sup>(٥)</sup>.

- (1) Patrick S. Byrne and Others, Doctor Talking to Patients, Cit., pp. 61 62.
- (2) Friedson E., Medical Personnel, Physicians in International Encyclopedia Of The Social Sciences, Vol. 9, 1968, P. 105.
- (3) Marget Jefferys and Others, Rethinking General Practice, Op. Cit., P. 266.
- (4) Colin Fraster and Others, Communication Between Doctor and Patients, Op. Cit., P. 42.
- (5) Iric J. Cassel, The Healer's Art Anew Approach Of The Doctor Patient Relationship, Penguin Book, M. S. A, 1976, P. 100.

كما أصبحت الحركة الحديثة فى الطب الآن تتجه نحو تعليم الأطباء كيفية معاملة المريض وتحمله والتكيف مع توقعاته حتى ولو كانت معترضة على أسلوبه ومعترضة لاتجاهاته وأن يكون مرناً فى سلوكه مع المريض لإحباط أى صراع يمكن أن يحدث بينهما<sup>(١)</sup>.

#### د - أسباب تتعلق بانجاز المريض لدوره:

قد يحدث التوتر بين الطبيب والمريض نتيجة لعدم طاعة المريض للطبيب وتعاونيه معه، وبرغم اختلاف التعريفات واجراءات القياس لطاعة المريض وتعاونيه مع الطبيب، إلا أن معظم الأبحاث التى اهتمت بهذا الموضوع أكدت على أن عدم الطاعة تعنى فشل المريض فى تنفيذ نصائح الطبيب<sup>(٢)</sup>. وقد يكون فشل المريض فى متابعة توصيات الطبيب أو عدم تعاونيه معه أحد أسباب التوتر التى يمكن أن تحدث بينهما وعدم التعاون مع الطبيب نتيجة لسيانه مثلاً لعدد الجرعات المفروض تناولها من الدواء، ولذلك نرى أن عدم التعاون يرجع فى كثير من الأحيان إلى نقص فى فهم المريض لتعليمات الطبيب، كما يرجع أيضاً إلى عدم رغبة المريض فى تغيير نمط حياته، فتوصيات الطبيب للمريض بتنفيذ نظام الوجبات الغذائية مثلاً أو تجنبه التدخين تتطلب منه تغيير نمط الحياة الذى اعتاد عليه وغالباً لا يكون لدى المريض الرغبة فى تغيير النمط<sup>(٣)</sup>.

وتؤكد ظاهرة نقص فهم المريض للتعليمات الطبية على فشل الوسائل التى يتبعها الطبيب فى العلاج وذلك للأسباب الآتية:

١ - أنها تؤدي إلى عدم رضائه عن الخدمات العلاجية والوقائية التى يمكن أن تقدم للمرضى.

٢ - أنها تؤدي إلى عدم اهتمام المريض باجراءات التشخيص والعلاج مما يؤدي إلى نتائج خطيرة

(1) Colin Fraster and Others, Op. Cit., P. 292.

(2) Stuart J. Cohen, New York, 1979, PP. 1-2.

(3) M. Robin Dimatea And Others, Social Psychology And Medicine Oelges Chager Ounn And Hain Publishers, Inc., California, 1982, PP. 37 - 38.

٣ - أنها تؤثر على مقدرة الطبيب فى معرفة وتقييم نوعية الخدمات التى تقدم للمرضى

٤ - أن المريض غير المطيع ليس له سمات ظاهره يمكن للطبيب التعرف عليها وتميزه عن غيره من المرضى المطيعين، وهذا يؤدى إلى عدم مقدرة الطبيب على التنبؤ بأحواله<sup>(١)</sup>.

وإذا كان عدم فهم المريض للتعليمات أحد أسباب الصراع الأساسية فى علاقة بطييه فلا بد وأن يتوافر فى هذه العلاقة جانبان أساسيان لتجب هذه المشكلة ويتمثل الجانب الأول فى نوعية اتصال المعلومات بين الطبيب والمريض فهذا الاتصال يجب أن متبادلاً، فلو استتبط الطبيب المعلومات من مريضه ولم يتحدث معه عن طبيعة مرضه وطرق العلاج فيؤدى هذا حتماً إلى عدم التعاون وعدم اذعان المريض للعلاج وبالتالي إلى حدوث الصراع بينهما فلكى يكو الاتصال فعالاً يجب أن يكون متبادلاً، فالتبادلية خاصية هامة من أجل استمرار العلاقة بينهما حيث أنها ستؤدى إلى رضا متبادل بين الطبيب والمريض وإلى تنمية الاحترام بينهما<sup>(٢)</sup>.

والجانب الثانى من هذه العلاقة هو وجوب أن تكون وطيدة ذات مكونات اجتماعية وعاطفية، حيث أن هناك علاقة وثيقة بين توصيل المعلومات من الطبيب إلى المريض وبين درجة التزام المريض بالنظام العلاجى لأن المريض فى حاجة أولاً إلى معرفة التوصيات التى سينفذها، فحينما يفسر له الطبيب هذا ويستوعبه المريض فسوف يكون تعاونه محتملاً، وبالطبع ستكون درجة الصراع المحتمل حدوثها قليلة أو نادرة<sup>(٣)</sup>.

#### هـ - مناقشة وتعقيب:

يرى فريديسون أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست علاقات تكامل وتعاون متبادل وإنما هى علاقات توتر، وانطلاقاً من هذه الفكرة بدأ فريديسون يتزعم حركة نقد التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء ويبحث عن

(1) Stuart J. Cohen, New Directions In Patient Compliance, Op. Cit., P.2.

(2) M. Robin Dimattea and Others, Social Psychology and Medicine, Op. Cit., PP. 23 -24.

(3) Ibid., P. 25.



الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى الصراع فى هذه العلاقة واستطاع أن يحدد هذه الأسباب فيما يلى:

- أ - تناقص التوقعات.
- ب - اختلاف الرأى وتباين وجهات النظر حول تقييم المرض نتيجة الاختلافات الثقافية بينهما.
- ج - أسباب تتعلق بانجاز الطبيب لدوره.
- د - أسباب تتعلق بانجاز المريض لدوره.

وبرغم تأكيد فريدسون وزملائه على تحديد أسباب التوتر فى تفسيرهم للعلاقات بين الأطباء والمرضى، إلا أنه استند إلى نفس الأفكار التى استند إليها بارسونز وعالج هذا الموضوع فى الإطار الذى عالج به بارسونز تفسيره وذلك بالتركيز على الدور الاجتماعى للطبيب والمريض ولكن من خلال تأكيده على الصراع الذى يمكن أن يحدث حينما دخل كل من الطبيب والمريض بواجبهما أو من خلال الضغوط التى يتعرضان لها كلاهما وتؤثر على انجازه لدوره وبالتالى إلى حدوث الصراع بينهما.

كما أن تأكيد فريدسون على أسباب التوتر والمتعلقة بانجاز الطبيب لدوره اعتمد على تلك القيم الذى يمكن أن يحدث حينما يحاول الطبيب عمل موازنة بين مسئولياته كطبيب وبين احتياجات طموحه (وهذا يقابل عند بارسونز الانتشار فى مقابل التخصص) كذلك الصراع الذى يمكن أن يظهر فى دور الطبيب حينما يجد الطبيب نفسه فى صراع بين دوره كطبيب وبين بقية أدواره الأخرى فى الحياة وهذا يرجع إلى أن مهنته ليست كأي مهنة أخرى حيث أن الطبيب ملزم بتأدية دوره فى أى زمان ومكان يطلب فيه حتى لو تعارض هذا الطلب مع بقية أدواره الأخرى (وهذا يقابل عند بارسونز النسب فى مقابل الانجاز).

كما يظهر التوتر فى دور الطبيب حينما يجد الطبيب صعوبة فى اكتشاف كيفية تأثير المرض على المريض وعلى الجوانب السيكولوجية والاجتماعية فى حياته حيث أنه يهتم بوصف العلاج للمريض، فالطبيب غالباً ما يشعر بأن تدخله فى الجوانب الشخصية للمريض يعتبر نوعاً من التطفل. وتعدياً من الطبيب على حياة المريض (وهذا يقابل عند بارسونز العاطفية والحيادية).

وحيثما تحدث فريدسون عن التوتر الذى يظهر فى تأدية المريض لدوره ركز على عدم تعاون المريض وهذا ما أكد عليه بارسونز حينما وجد أن أهم التزام للمريض هو أن يبادر بالبحث عن المساعدة المتخصصة وأن يتعاون مع أطباءه من أجل الشفاء.

بعد هذا العرض لآراء فريدسون يتضح لنا أن حركة النقد للفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى سواء كان هذا النقد موجهاً إلى المسلمات أو المفاهيم أو الفروض لم يكن الهدف منه هو هدم هذا التفسير بقدر ما كان هدفه دعم وتوسيع نطاق هذا التفسير والتركيز على عناصر لم يعرها بارسونز أى اهتمام، فبدلاً من التركيز على انتظام واستقرار وانسجام العلاقة بين الأطباء والمرضى ركز فريدسون على الصراعات التى يمكن أن تظهر فى هذه العلاقة نتيجة لاختلاف مصالح كل من الأطباء والمرضى واختلاف التوقعات واختلاف الوسائل التى يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه.

#### رابعاً - الخلاصة:

إذا كان الهدف من هذا الفصل هو إمعان النظر فى التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى واستيعاب قضايا هذا المنظور حتى يمكن الاستفادة بها فى ترتيب الواقع والتعرف على أبعاده واستخلاص التوجهات اللازمة للبحث الميدانى.

فإلى أى حد استطاع هذا الفصل تحقيق هذا الهدف انطلاقاً من مجموعة المسلمات والمفاهيم والفروض التى بدأ بها بارسونز تفسيره لهذه العلاقات، وكيف أنها تطورت من خلال أفكار سوزاس وهولندر وأضيف لها مسلمات ومفاهيم وفروض جديدة من خلال النقد لهذا التفسير والتى تزعمها فريدسون.

#### ١ - العلاقات بين الأطباء والمرضى (أدوار - توقعات - حقوق - التزامات):

فقد بدأ بارسونز دراسته لهذه العلاقات من خلال دراسة الدور الاجتماعى للأطباء والمرضى، ذلك الدور الذى يرتبط بتوقعات وحقوق والتزامات كل منهما، ذلك الدور الذى يختلف باختلاف نوعية الأمراض من ناحية وشخصية المريض من ناحية أخرى، فإذا نظرنا إلى حقوق المريض كما حددها بارسونز نجدها

## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى وظيفى

تتمثل فى إعفائه من مسئولياته الاجتماعية والطبيعية ومن أسباب الإعفاء أن المريض غير مسئول عن حالته أولاً، كما أنه لا يملك القدرة. على شفائه ثانياً، أما أهم التزامات المريض فتتمثل فى رغبة المريض فى التحسن والبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة والتعاون مع القائمين بعلاج من أجل الشفاء. هذا عن دور المريض أما دور الطبيب فهو فى نظر بارسونز يعتبر من الأدوار الهامة لأنه يحتوى على جانبين أساسيين الجانب الأول هو الجانب الطبى المتخصص المعروف للطبيب والجانب الثانى هو الجانب الاجتماعى، وتتمثل حقوق الطبيب فى هذا الدور فى التعرف والتوصل إلى كل المعلومات المتصلة بالمريض والتي قد يكون لها صلة بموضوع مرضه، أما أهم التزاماته . فتتمثل فى مهاراته وخبراته وكيفية استخدامها لحل مشاكل المريض، وأن يكون متعاوناً فى الوظائف التى تساهم فى المحافظة على صحة الأفراد، وأن يكون المسئول عن تقويم المريض باعتباره شخصاً منحرفاً وتحقيق الضبط الاجتماعى.

كما استطاع بارسونز من خلال عرضه للدور الاجتماعى للطبيب أن يحدد لنا أهم القيم النمطية التى توجه هذا الدور ومنهما:

- أ - أن يكون دور الطبيب موجهاً لخدمة الجماعة وليس موجهاً توجيهاً ذاتياً.
- ب - أن يكون الطبيب على درجة عالية من التخصص التكنيكى فى العلم الطبى.
- ج - أن يكون حيادياً وألا يندمج عاطفياً مع المريض للدرجة التى تتحطم بها أحكامه الموضوعية للمرض.
- د - العمومية والشمولية بمعنى أن يعالج جميع المرضى بطريقة واحدة.

## ٢ - العلاقات بين الأطباء والمرضى علاقات سيطرة وتبعيه:

يرى بارسونز أنه على الرغم من أن علاقات الأطباء بالمرضى تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية إلا أن دور كل منهما غير متساو، فدور الطبيب يركز على قوته وخبراته التكنيكية وعلى مكانته المهنية المتخصصة، أما المريض فهو يعتمد على الطبيب لأنه يحتاج إلى خبرته فى علاج حالته، حيث أن من أهم العوامل التى تعزز الطبيب هى إيمان المريض بقوة الطبيب وقدرته على شفائه وهذا الجانب ينتج من اعتماد المريض عليه فى القرارات الخاصة بحياته وشفائه من مرضه.

وقد تعرض بارسونز برغم اسهامه هذا فى تفسير العلاقات بين الأطباء والمرضى إلى عدة انتقادات أهمها:

الوحدة الوظيفية: ونعنى بها أن توقعات دور المريض ليست واحدة فى كل المواقف وإنما تختلف باختلاف الجماعات، فئات العمر، الجنس، العرق، نوعية المريض فهذا الدور لا يمكن أن يعمم على جميع المرضى (وبارسونز لم يضع فى اعتباره كل هذه الاختلافات).

الوظيفية الشاملة: بمعنى أن كل العناصر لا تحقق بالضرورة ايجابية وأنه من المحتمل أن تكون لبعض العناصر نتائج سلبية لبعض الأجزاء، فتصور بارسونز لدور المريض لا ينطبق على جميع أنواع المرض بل يمكن تطبيقه فقط على الأمراض القابلة للشفاء.

الضرورة الوظيفية: ويقصد بها عدم النظر إلى أى نشاط فى المجتمع على أنه ضرورى لأنه أحد الملزمات الوظيفية حيث أن هناك أشكالاً أخرى وأساليب تستطيع على قدر متساو تحقيق ذلك وهذا ما ينطبق على دور المريض حيث نرى أشكالاً وأساليب فى العلاقات بين الأطباء والمرضى (كالمستشفى والعيادة والمنزل) وهذه تعتبر بدائل وظيفية يتحقق فيها دور المريض.

### ٣ - العلاقات بين الأطباء والمرضى ذات أشكال متنوعة :

يرى كل من سوزاس وهولندر أن العلاقات بين الأطباء والمرضى لا تتخذ نمطاً واحداً وإنما تتخذ أنماطاً محددة تنتج من التفاعل الذى يحدث بينهما ومن هذه الأنماط.

- السلبية والايجابية: والتي يكون فيها المريض سلبياً ومستجيباً تماماً لنشاط الطبيب.

- التعاون الموجه: المريض يكون فى حالة تعب شديد وبرغم ذلك يكون قادراً على متابعة توصيات الطبيب ومن هنا فإن الطبيب يحتل بناء القوة العليا فى هذا النموذج لأنه يملك المعلومات الطبية والخبرة التى تبنى عليها أحكامه.



## العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور إنساني وظيفي

- المشاركة المتبادلة: نمط أكثر فعالية في حالة الأمراض المزمنة والتي يتطلب العلاج فيها فترة طويلة ولكنه نمط ملائم للأطفال أو المرضى ذوي العجز العقلي، أو الأفراد ذوي المستوى المنخفض.

ويرى «فريدسون» أن هناك أشكالاً وأنماطاً أخرى للتفاعل لم يذكرها سوزاس وهولندر ومن هذه الأشكال:

- التعاون الموجه: قد يكون المريض هو الموجه والطبيب هو الذي يتعاون معه.
- السلبية والإيجابية: قد يكون المريض هو الإيجابي في حين نجد الطبيب سلبياً.
- السلبية المتبادلة.

## ٤ - العلاقات بين الأطباء والمرضى علاقات توتر:

يرى فريدسون أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست علاقات تكامل وتعاون متبادل كما تصورها بارسونز وإنما هي علاقات توتر قد يكون من أهم أسبابه:

- تناقض التوقعات.
- اختلاف آراء كل من الطبيب والمريض.
- اختلاف تقييم كل منهما في تقدير مدى خطورة الحالة.
- عدم قدرة الطبيب على استنباط المعلومات التي قد تفيده في التشخيص والعلاج.
- عدم طاعة المريض للطبيب والتعاون معه نتيجة قصور فهم المريض لتعليمات الطبيب.



## الفصل الثانى

# التغيرات التى طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

- ١ - تمهيد.
- ٢ - التغيرات التى طرأت على دور الطبيب:
  - أ - الاتجاه إلى التدريب المهنى المتخصص.
  - ب - زيادة ساعات العمل.
  - ج - زيادة مكانة الطبيب التخصصية.
  - د - الاتجاه إلى العمل الجماعى.
  - هـ - انخفاض نسبة الزيارات المنزلية.
- ٣ - التغيرات التى طرأت على دور المريض:
  - أ - تغير فى توقعات المريض واتجاهاته.
  - ب - زيادة الوعى الصحى.
  - ج - زيادة اتجاهات المريض النقدية لطبيبه.
  - د - قلة نسبة الشكوى من الأمراض البسيطة التافهة.
  - هـ - اختلاف المعايير التى يتم على أساسها اختيار الطبيب.
- ٤ - التغيرات التى حدثت فى مجال العلاقة بين الطبيب والمريض:
  - أ - نظام الحجز المواعيد.
  - ب - الطب العائلى.
  - ج - تحديد مجال العلاقة بين الطبيب والمريض.
  - د - دخول الكمبيوتر مجال العلاقة بين الطبيب والمريض.
- ٥ - خاتمة.





## ١ - مقدمة :

تعرضنا في الفصول السابقة لإسهام علم الاجتماع في المجال الطبي وبخاصة في دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض والتعرف على أهم المنظورات التي اهتمت بدراسة هذا الموضوع كالمنظور الوظيفي والصراع والأنساق المختلفة.

ونحاول في هذا الفصل دراسة التغيرات التي طرأت على مجال العلاقة بين الطبيب والمريض وبخاصة تلك التغيرات المتعلقة بدور الطبيب كاتجاهه إلى التدريب المهني المتخصص الذي أدى إلى زيادة مكانته التخصصية واتجاهه إلى العمل الجماعي أكثر من ميله إلى العمل الفردي وغيرها من التغيرات المتعلقة بدوره كطبيب، ثم تلك التغيرات المتعلقة بدور المريض والمرتبطة بزيادة وعيه الصحي واتجاهاته النقدية تجاه طبيبه واختلاف المعايير التي يتم على أساسها اختياره لطبيبه، ثم التعرض أخيراً للتغيرات التي تعرض لها مجال الطبيب والمريض كدخول نظم جديدة للحجز والمواعيد وظهور نظام الطب العائلي ودخول الكمبيوتر في هذا المجال.

ثم تعرفنا أخيراً لجوانب الضعف والقوة في هذه العلاقة ومحاولة علاج نقاط الضعف بها كحل للمشاكل التي تظهر في هذا المجال كمشكلة الوعي الصحي ومشكلة الاتصال الشفهي وغير الشفهي بين الطبيب والمريض ومشكلة الشك وغيرها من المشاكل التي يمكن بعلاجها تقوية هذه العلاقة وتدعيمها لإثراء المجال الاجتماعي والطبي على السواء.

## ٢ - التغيرات التي طرأت على علاقة الطبيب بالمريض:

### Changes in Medical Practice

أثرت التغيرات التي حدثت في المجال الطبي على علاقة الأطباء بالمرضى، وكان أحد هذه التغيرات ما يتعلق بدور الطبيب، فإذا نظرنا إلى منتصف القرن الماضي نجد أن الأطباء كانوا يعملون أساساً في المدن ويعتمدون في معيشتهم على خدمة الطبقة المتوسطة middle class أما المستشفيات فكانت مليئة بالفقراء من المرضى تحاول أن تعتني بهم وتعالجهم كما استطاعت إلى ذلك سبيلاً، ولذلك نجد أن الوظيفة الأولى التي توجد من أجلها المستشفى هي العناية بالفقراء المستحقون لهذه العناية وكان لا يوجد أي اعتقاد في أن المستشفى يمكن أن تشفى To be Cured

أى مريض ولقد كان يرى الناس فيها مكاناً للموت أو البقاء إذ كان لهذا الفرد نصيب من الحظ وكان الجهود الذى يبذله الأطباء للأشئ ولذلك فقد كان كل مجهودهم مركز فى زيادة خبراتهم ومحاولة تعليم تلاميذهم ولهذا كانوا يتمتعون بالمكانة الفخرية لهذه المهنة<sup>(١)</sup>.

ولقد استمر هذا الحال حتى عام ١٩٤٨ وهو العام الذى أطلق عليه عام الطب العلمى والذى بدأ مع Harvey فى القرن السابع عشر واستمر حتى اتسعت فيه دائرة المعلومات الطبية وبدأت بعض الأفكار القديمة فى الطب تدخل فى عملية تعديل جذرى وبدأ ينظر إلى الطبيب على أنه إنسان يملك مهارات وقدرات خاصة تؤهله لأن يكون دوره مشابه لدور الكاهن أو القس، حيث أنهم يملكون سلطة مقدسة Sacerdoted authority تفرض عليه نمط معين من السلوك أثناء تأديته لدور الطبيب، فمن المتوقع منه أولاً أن يخضع حياته الخاصة لاحتياجات مرضاه فالطبيب الذى يتوقع منه أن ينقذ حياة مريض يجب أن يكون سريع الاستجابة لمتطلبات مرضاه لأن الطبيب الذى لا يسرع لمساعدة مرضاه فى أى وقت يطلب فيه غالباً ما يفقد مكانه فى المجتمع، ثانياً: من الميزات التى يجب أن يتمتع بها الطبيب فى مركزه هو أن يكون سلوكه الشخصى ذات مستوى رفيع - بمعنى أن يكون سلوكه أقرب إلى أن يكون سلوك مقدس Enchrined كما أنه ليس من المتوقع أن يكون طبيب فقط فى معاملته مع المرضى، كما لا يجب أن يكون خادع أو فاسق ومن المعروف أن أى نقد يوجه إلى الطبيب لا يكون نقد فى تخصصه أو عدم قدرته العلمية بقدر ما يكون نقد موجه إلى سلوكه الشخصى، ولذا نجد أنه إذا كان التعليم الطبى medical education قديماً كان يهتم بالجوانب العلمية للممارسة الطبية أو التركيز على محاولة تطبيق المنهج العلمى فى تشخيص المرض وعلاجه إلا أنه بدأ يهتم حديثاً بالتركيز العلوم السلوكية مثل علم الاجتماع أو علم النفس باعتبارهما موضوعات أساسية فى المنهج الدراسى حتى يبدأ الطبيب فى النظر إلى المريض باعتباره إنسان قبل كونه حالة مرضية، ولقد كانت لهذه العلوم أثرها فى التغير التدريجى gradual change فى اتجاهات الطلاب ودوافعهم إزاء التعليم<sup>(٢)</sup>.

(1) James McCormick, The doctor, Father Figure or Plumber, Croon Helm, London, 1979, PP. 13 - 15.

(2) Ibid., PP. 23 - 25.

## التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

وبالرغم من أن الطب مرتبط بالنظام الجامعي التقليدي إلا أن مركز الطبيب في الماضي كان يختلف عن مركزه الآن، حيث أن هذا المركز كان لا يركز على قدرة الطبيب في معرفة مصدر المرض وأسبابه ومؤثراته ولكنه كان يركز على دورهم في المجتمع حيث أن هذا الدور كان يفهم على أنهم جماعة ذات معرفة خاصة وسلطة متعلقة، ومحاولة أن يكون الطبيب وسيط *mediate* بين المريض ومرضه، ولذلك كان من المتوقع للطبيب أن يطيع مصالح المريض قبل مصالحه التزاماً بالسمات الأخلاقية والسلوكية الخاصة التي تميز هذه المهنة. أما اليوم، فإننا نجد الطبيب يرى نفسه مسئولاً عن تشخيص المرض والوصول إلى علاج مناسب له وكان من نتيجة ذلك أن بدأ الطبيب في إهمال العناية بكبار السن أو المرضى المزمنين وأصبح غير قادر على رعاية المريض روحانياً *Cure Patient* حيث أن دوره أصبح محصوراً في توجيه نشاطه لحل مشاكل المريض المرضية أكثر من العناية الروحية به ولكن الحقيقة المعروفة أن المريض يحتاج إلى الحب والحنان بقدر احتياجه للعلاج *Therapy*.

وربما كان من الأسباب التي توجد الصراع بين الطبيب والمجتمع هي نظرة كل منهما للدور الذي يجب على الطبيب القيام به، فإذا نظرنا إلى الطبيب نجده يرى دوره ينحصر في التشخيص *diagnosis* والعلاج *Treatment* والشفاء من المرض *Cure Of diseases* وارتكازه على استخدام التكنولوجيا التطبيقية في التشخيص والعلاج، وهو بهذا يتجاهل السمات الأساسية لحالة المريض كموجود إنساني وهذا ما يطلبه منه المجتمع معالجة المريض كموجود إنساني يحتاج إلى الرعاية والحب بجانب التشخيص والعلاج، فالمريض من وجهة نظر المجتمع لا يحتاج فقط إلى التشخيص والعلاج ولكنه يحتاج إلى إعادة الطمأنينة إليه *reassurance* والعناية به<sup>(١)</sup>.

وحينما حاول Mckeoun عام ١٩٦١ أن يحصر مهام الطبيب التقليدية وجد أنها تنحصر في ستة جوانب أساسية لهذه المهام وهي:

- ١ - تشخيص المرض *Diagnosis Of disease*
- ٢ - محاولة فهم هذه الأمراض *Rathology Of disease*

(1) Ibid., PP. 15 - 17.

Prevention of disease

٣ - الوقاية من المرض

Cure of disease

٤ - الشفاء من المرض

Anticipation of results of disease

٥ - توقع النتائج المحتملة للأمراض

Ellevation of the effect of disease

٦ - محاولة تخفيف آثار المرض

مع اعتبار أن الجانب الأول من مهام الطب وهو تشخيص المرض قد بدأ فى القرن التاسع عشر أما محاولة فهم المرض تأخرت حتى القرن التاسع عشر لأن فهم المرض كان لا بد وأن يصحبه أولاً تقدم فى معرفة أصل العدوى Origin of effectation وبرغم أن الوقاية من المرض اكتشفت مبكراً، إلا أن الوقاية المؤثرة لم تبدأ إلا بعد أن بدأ التحكم فى البيئة وذلك فى منتصف القرن التاسع عشر، أما العلاج المؤثر والشفاء فلقد تأخر حتى القرن التاسع عشر، وبرغم أن هناك بعض الأدوية الناقصة فى ذلك الوقت مثل ((الحديد)) إلا أن ظروف وطرق استخدامها كان محدود وغير مؤثر إلى حد ما<sup>(١)</sup>.

أما محاولتنا لمعرفة تطور مقدرة الطبيب لتنفيذ كل خطوة من هذه الخطوات سنركز على التطور الذى حدث فى تشخيص المرض وكيفية فهم المرض على اعتبار أن هذين الخطوتين ذات أثر فعال على المريض، بالإضافة إلى قدرته على الوقاية Prevent والشفاء Cure والتخفيف من هذه الآلام Allivate وهذا كله أدى بدوره إلى أحداث تقدم عظيم فى مجال الطب فى الربع الثانى من القرن العشرين الذى شاهد كثير من التغيرات فى الجهود الطبى، بحيث أصبح هناك فهم زائد لعلم الأمراض Pathology وأصبح هناك زيادة فى البحوث والاختبارات الخاصة للتأكد من هذا التشخيص، أما التطور الأخير الذى حدث فى مجال الطب فهو يرجع إلى تطور إجراءات الوقاية من كثير من الأمراض وكانت هذه المرحلة يطلق عليها مرحلة الطب العلمى Scientific medicine وفى هذه المرحلة بدأ العلم الطبى فى الاهتمام بدراسة بناء ووظيفة الجسم وذلك باتباع الفحوص والاختبارات العملية الحديثة وبذلك أصبح من السهل التحكم فى المرض والتركيز على مهارات الشفاء العلمية التى تستند على فكرة أن الجسم مثل الآلة

(1) David Tuckett, An Introduction to Medical Sociology, Op. Cit., P. 370.



\_\_\_\_\_ التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

ولكن أهم تقدم حدث في هذه المرحلة هو اهتمام الطبيب بالعاية الروحية بالمريض Cure بجانب الاهتمام والعناية الطبية به medical Care لأن الفترة التي تسبق هذه الفترة كان الأطباء ينظرون إلى جسم المريض على أنه آلة كانت تقلل من الاهتمام الروحي بالمريض، فالاعتناء بالمريض ككل وليس باعتباره حالة مرضية فقط إنما له تأثير كبير وفعال على سرعة شفاء المريض ولذلك لا بد وأن يحل المدخل الإنساني Human approach محل المدخل الآلي أو الهندسي لشفاء المريض، وكان هذا أهم تقدم حدث في مجال الطب في القرن العشرين بحيث أصبح دور الطبيب لا يقتصر فقط على فهم المريض وتشخيص مرضه ومحاولة شفاؤه بقدر ما أصبح دوره يحتم عليه الاهتمام بالمريض من الناحية الإنسانية كاهتمامه به من الناحية الفيزيكية والطبية، لأن هذا أسرع للشفاء عما إذا اهتم بالجانب الطبي فقط للعناية به<sup>(1)</sup>.

حينما أجريت كثير من الأبحاث لدراسة العلاقة بين الطبيب والمريض وجد أن هناك دور محدد للطبيب ينبغي القيام به من أجل تحسين هذه العلاقة:

أولاً - يجب أن يستخدم الطبيب مدخل العلوم السلوكية في تعامله مع مشاكل المريض فلا ينظر إلى المريض على أنه حالة مرضية فحسب، ولكن يجب النظر إلى سلوكه وإلى جميع الظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة به<sup>(2)</sup>.

فالتبيب يحظى بالإقدام والقوة لأنه من المتوقع منه أن يكون على درجة عالية من تعهد نفسه لخدمة الآخرين وتحقيق الرفاهية لهم فكل وظيفة منصبة على مساعدة الأفراد فهؤلاء الأطباء غالباً ما يختارون هذه المهنة لرغبتهم في خدمة الآخرين، أما الحصول على المادة والمكانة والقوة فهي تمثل اعتبارات ثانوية بالنسبة لهم، فالهدف الأول لهؤلاء الأفراد هو العناية بالمرضى، ليس من أجل الكسب المادي Financial gain ولذلك فإن الطبيب يحظى بكثير من الاحترام لأنه أقل اهتماماً بمكاسبه المادية من أى

---

(1) Ibid., PP. 379 - 382.

(2) Patrick S. Byene and Others, Doctor Talking To Patients, A Study of the Verbalbehavior Of general Practitioners, Herma - jesty's stationary Office, London, 1976, PP. 7 - 8.

وظيفة أخرى فى المجتمع ولذلك فإن أى أثم أو خطيئة Trans - gressions يرتكبها طبيب يقابلها استياء أو استجابة سلبية من المجتمع<sup>(١)</sup>.

ثانياً - إلى جانب هذه النظرة الجديدة إلى المريض، على الطبيب أن يكمل معرفته هذه بأن يكون ذو معرفة ودراية واسعة بكل ما يحيط بتشخيص وعلاج الأمراض التى يطلق عليها أمراض عصرية مثل الاكتئاب Depression والقلق anxiety والعصبية والتى غالباً ما تكون ذات صلة وثيقة بظروف المريض المحيطة به<sup>(٢)</sup>.

فعمل الطبيب يحتاج إلى درجة عالية من التخصص التكنيكي حيث أن فترة التعليم والممارسة التى ترتبط بهذه الوظيفة تمتد إلى عشر سنوات، فهو يختلف عن أى مهارة فردية أخرى فهو يكون قريب جداً من معرفة كل ما يتصل بجسم الإنسان وهذا العلم يكون صعب أو مستحيل للأفراد العاديين، فالطبيب لابد وأن يكون قادر على حل جميع المشاكل المرتبطة بالجسم فى الوقت ذاته لابد وأن يمنح endowed درجة عالية من الاحترام والقوة لأنه يتعامل مع الحياة والموت<sup>(٣)</sup>.

ثالثاً - على الطبيب أن ينظر إلى عملية الاستشارة باعتبارها عملية دينامية وليست جامدة<sup>(٤)</sup>. ويركز الدور الأكبر للطبيب على مسئوليته تجاه مرضاه والوصول بهم إلى الرفاهية وإلى سرعة الشفاء Recovery وهذا بالطبع يتوقف على قدرة الطبيب وهذه المسئولية إنما يحتاج إلى درجة عالية من التخصص فى العلوم الطبية.

ومن الأشياء التى يجب أن تتوافر فى الطبيب من أجل تحمل المسئولية هو أن يكون مستقيم فى عمله وصريح وأن يستخدم جميع الأدوات العلمية ومعلوماته

(1) Robin Dimattea and others, social Psychology and medicine, Op. Cit., P. 19.

(2) Patrik S. Burne and Others, Doctor Talking To Patients, Op. Cit., P. 8.

(3) M. Robin Dimattea and Others, Social Psychology and medicine, Op., Cit., P. 18.

(4) Patrik S. Burne and Others, Doctor Talking To Patients, Op. Cit., P. 8.

## التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

ومهاراته في الوصول إلى غايته وعليه أن يحافظ على معلوماته عن المريض حتى يصل إلى حل لمشكلته أى أن الطبيب عليه أن يعمل عقد علاقة أساسية بين معلوماته والتحكم في إخراج هذه المعلومات.

فمن العوامل التي تؤثر في دور الطبيب هو أنه يختلف عن أى مهنة أخرى في تعاملها مع الأشياء، لأن الطبيب لا يتعامل مع أشياء ولكنه يتعامل مع موجودات إنسانية Human beings لها مشاعر. ولذلك لابد أن يتعامل معهم بعناية، ويجب أن يتمتع بصفات تؤهله لثقة هؤلاء المرضى فيه، فإذا كان من الضروري للطبيب أن يقرب من أجسام المرضى كى ينجز وظيفته وبخاصة إذا كان المريض يعانى من أمراض خاصة، فعلى الطبيب أن يحافظ على أسرار هذا الجسد وألا يجرحه injury بأى وسيلة من الوسائل وهنا تظهر حاجة الطبيب إلى معرفة معلومات أكيدة عن المريض حتى يصل إلى المستوى المطلوب من العلاج<sup>(١)</sup>.

وجد Caraturight في أحد المسوح القومية التي أجريت عام ١٩٧٧ أن حوالى ٦٧٪ من الأطباء و ٣٠٪ من المرضى يجدوا أنه من الملائم للأفراد أن يبحثوا عن حل مشاكلهم العائلية عن طريق الأطباء، وهذه النتيجة يمكن مقارنتها بنتائج أحد البحوث التي أجريت عام ١٩٦٤ والتي يرى فيها ٨٧٪ من الأطباء و ٤٠٪ من المرضى أنه ليس لدى الأطباء المقدرة على حل مثل هذه المشاكل العائلية، فالدور الملائم للطبيب هنا يكمن فى كيفية تعامله مع هذه المشاكل الطبية الاجتماعية مثل تعامله مع الذين يحاولون الانتحار أو يسلكون سلوك عدائى ضد أى شخص، هنا يحاول الطبيب أن يناقش debate المريض فى الأسباب التي قد تؤدي به إلى مثل هذه المشاكل، فالطبيب يقوم بدور هام فى العناية الاجتماعية Social Care وبخاصة مع المرضى المزمنين Chronic illness وغير القادرين، فهو يملك القدرة على اصدار القرارات المتعلقة بالمريض مثل دخوله المستشفى أو صلاحيته للرجوع إلى عمله<sup>(٢)</sup>.

(1) Talcott Parsons, The Social System, The Free Press, New york, 1964, P. 450.

(2) Donald L. Patricek and Others sociology as applied to medi - cine, Op. Cit., P. 62.

كما أجرى بحث مقارن آخر لاستطلاع آراء الأطباء والمرضى حول العلاقة بينهما لمعرفة مدى التغيرات التى طرأت على دور الطبيب وأثرت فى علاقته بمرضاه، وقد أجرى هذا البحث مجموعة من المشتغلون بالخدمة الصحية العالمية National Health وكان من أهم التغيرات التى طرأت على هذا الدور هو الاتجاه إلى التدريب المهني Vocational training وزيادة ساعات العمل بالنسبة للأطباء وزيادة أجورهم وهذه الامتيازات التى تمتع بها الطبيب كانت سبب كافى لاحتسائه بالرضى عن عمله وتوسيع مجال نشاطاته فى الممارسة العامة، وفى قدرته على تحسين علاقته مع مريضه، فكثير من الأبحاث التى أجريت وجد أن رضا الطبيب Doctor Satisfaction عن عمله (برغم صعوبة قياس هذا الرضا) وتنوع العمل وعدم روتينيته وتمتع الطبيب بأكثر قدر من الحرية والاستقلالية فى مجال عمله من أهم التغيرات التى طرأت على علاقته بمرضاه، كما أن انخفاض نسبة شكوى الطبيب من الفراغ leisure أدت إلى نتيجة عكسية هى زيادة واضحة فى نسبة شعورهم بالإحباط فى بعض الأحيان لأنهم لا يملكون الوقت الكافى لإنجاز كافة أعمالهم وإلى شعورهم بنوع من الضغط فى العمل لقلة هذا الوقت، ومن أهم المميزات التى تمتع بها الطبيب فى الفترة الأخيرة وزادت من رضائه عن العمل هو زيادة عدد العاملين معه فى المجال الطبى بحيث أصبحت تشمل السكرتارية وهيئة التمريض والاختصاصيون الاجتماعيون والنفسانيون الذين يمكن أن يفوض delogate لهم الطبيب بعض المهام، وهذا بدوره يعمل على تنظيم جهود الفريق من حيث الوقت والطاقة ومن العوامل التى زادت أيضاً من رضا الطبيب هو المكانة Prestige التى يتمتع بها فى عمله فبرغم أن مكانة الطبيب فى علاقته بالمريض انخفضت عن ذى قبل إلا أن مكانته داخل المهنة أصبحت فى ارتفاع دائم، فشعور الطبيب بهذه المكانة تشعره بنوع من الرضا وتجعله أكثر تمتعاً بعمله نتيجة للمكانة التى يحتلها ليس فى مهنته فقط بل بين جميع المهن الأخرى فى المجتمع<sup>(1)</sup>.

وتعتبر المشاركة Partnership من أهم التغيرات التى حدثت فى العلاقة بين الطبيب والمريض فقد أثبت الكثير من البحوث أن الطبيب كان يميل إلى العمل

(1) Aun cortwright and Others General Practice revisited, Tavastact Publications, London, 1981, PP. 180 - 182.



## التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

بمفرده. أما الآن فهو أصبح يميل إلى العمل المشترك مع غيره من الأطباء، وحينما سأل البحث المرضى عن الفروق التي صاحبت هذا الميل أجمع معظم المرضى أنه ليس هناك فروق بين عمل الطبيب بمفرده وعمله مع بقية الأطباء وبخاصة في إعطائه الوقت اللازم والاستماع إلى كل ما يقوله وتفسير الأشياء بوضوح وفحص المريض بعناية ودقة بحيث أصبحت العلاقة بينهما علاقة صداقة وليست علاقة عمل Friendly not business، أما الأطباء فهم يرون أنهم بهذه المشاركة أصبحوا أكثر تمتعاً بعملهم ممن لو كانوا يعملون بمفردهم، وبرغم وجود بعض الاختلافات في الاتجاهات بين الذين يعملون مع غيرهم وبين الذين يعملون بمفردهم، إلا أننا نجد أن الأطباء الذين فوق الستين عام عادة ما يفضلون العمل بمفردهم إذا قورنوا بصغار السن الذين يفضلون العمل الجماعي، وفي بعض الحالات نجد بعض الأطباء من صغار السن يفضلون العمل بمفردهم ربما يرجع ذلك إلى اعتقادهم في أن العمل بمفردهم سيساعدهم على إثبات كفاءتهم بطريقة أسرع.

أما الأطباء الذين يفضلون العمل المشترك فهم يرون أن هذا العمل يقلل من كثرة مطالب المرضى، حيث أن هذه المطالب ستوزع على كل الأطباء وبالتالي سيجد الطبيب وقت للراحة بالإضافة إلى زيادة نسبة المساعدات والتسهيلات بزيادة عدد الأطباء المشاركين بالإضافة إلى زيادة تمتعهم بالعمل المشترك لقلة الضغط الواقع عليهم وتخفيف نسبة الإحباط بعكس الطبيب الذي يعمل بمفرده يشعر دائماً بالضغط والإحباط لنقص وقت الفراغ أو وقت الراحة بالنسبة له<sup>(1)</sup>.

ويعتبر انخفاض وهبوط الزيارات المنزلية Home visits التي يقوم بها الطبيب إلى المريض من أهم التغيرات التي حدثت في هذه العلاقة وربما يرجع هذا الهبوط إلى عدة أسباب من أهمها زيادة وسائل النقل الخاصة، حيث أن وجود المواصلات الخاصة ساعد المريض على سرعة الاتصال بالطبيب أو الذهاب إلى المستشفى وبخاصة إذا زادت أماكن العناية بالمريض في كل مكان إذا قيس هذا بصعوبة إيجاد الطبيب للوقت الذي يتخذه للوصول إلى منزل المريض، ولذلك أصبحت الزيارات المنزلية أقل جاذبية للأطباء كما أن زيادة التسهيلات في المستشفيات والعيادات تجعلنا نضع في الاعتبار أن الزيارات المنزلية أقل قيمة من

(1) Ibid., PP. 17 - 21.

ذهاب المريض إلى المستشفى، وبرغم هذا نجد أن الزيارات المنزلية أصبحت مقصورة على عدد قليل من المرضى منهم أصحاب الأمراض المزمنة Chronically ill أو لزيارة الأطفال صغار السن أو كبار السن، ومن الأسباب التى أدت أيضاً إلى قلة الزيارات المنزلية هى رضا المريض عن العناية داخل المستشفى ورضائه عن العلاقة بينه وبين الطبيب فى المستشفى، حيث أصبحت هذه العلاقة تأخذ طابع الصداقة Friendly أكثر من كونها علاقة عمل business، حيث أصبح من السهل على المريض استشارة طبيبه فى مشاكله الشخصية لأنه وجد فيه الإنسان الذى يسهل التحدث معه<sup>(١)</sup>.

وبرغم هذا الرأى الذى يؤيد انخفاض نسبة الزيارات المنزلية، إلا أننا نرى أن هناك رأى آخر يرى أن نسبة الميل decline إلى زيارة المنازل قد زادت بنسبة كبيرة وأن هذه الزيارات تقرب من علاقة الطبيب بالمريض وكسب رضا المريض وجعله أكثر صدقاً مع الطبيب فى سرد جميع مشاكله التى تؤثر بدورها على أسلوب المرض والعلاج<sup>(٢)</sup>.

٣ - ومن التغيرات التى طرأت على علاقة الطبيب بالمريض هى تلك التغيرات المتعلقة بالمريض ومرتبطة بتوقعاته واتجاهاته.

### Patients attitudes, expectations & Khnowdge.

فيعتقد كثير من الأطباء أن مرضاهم أصبحوا الآن على درجة كبيرة من الوعى الصحى ومعرفة كل ما يتعلق بالصحة والمرض أكثر مما كان فى الماضى وربما يرجع ذلك فى نظرهم لانتشار وسائل الاعلام كالتلفزيون والراديو، وهذا بدوره أثر على تغير آمال المريض وتوقعاته عند زيارته لاستشارة الطبيب، ومن هذه التغيرات مثلاً تحديد الميعاد قبل ذهابه إلى الطبيب وتوقع المريض فى كثير من الأحيان لنوع الدواء الذى سيأخذه expected Prescription ومن هذه التغيرات أيضاً نظرة واتجاه المريض إلى الدواء Drug فقد تغيرت ونشأت - هذه التغيرات من طبيعة النقد Criticism الذى يوجهه المريض إلى وصفات الطبيب الطبية وعاداته فى وصفها، فذهاب المريض لاستشارة الطبيب أصبحت لا تعنى

(1) Ibid., P. 42 - 44.

(2) Donald L. Patrick & Others, Op. Cit., P. 67.

## التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

الذهاب من أجل النصيحة Advice والطمأنينة Reassurance وأصبح الآن المريض يترك الطبيب الذى يعتمد على وصف العلاج فقط وأصبح يتردد على الطبيب الذى يهتم أكثر بالفحص Exam - ination وإعطاء معلومات للمريض ومناقشته Discussion - ويرى كثير من المرضى أن من أهم التغيرات التي طرأت على علاقتهم بالأطباء هي قلة نسبة الأمراض التافهة أو غير الضرورية أو المهمة التي يستشير فيها المرضى أطبائهم مثل ألم الأسنان Toothache والصداع Headache ونزلات البرد وآلام الحنجرة والامساك. فإن نسبة هذه الأمراض التافهة بدأت تقل معدلات الاستشارة فيها في السنوات الحالية عما سبق وبدأ الكثيرون منهم يلاحظون أن هناك علاقة وثيقة بين الوقت الذى يأخذه الطبيب في مثل هذه الاستشارات والسرعة فيها وبين التشخيص للمرضى بأنه تافه وغير هام أو غير ضروري الاستشارة فيه، أصبح أيضاً من النتائج الهامة التي ترتبت على قول الطبيب بأن الاستشارة غير ضرورية اعتقاد المرضى بأن هذا الطبيب ضيق الصدر Impatient لا يستطيع تحملهم وهذا بدوره يشجعهم على عدم استشارته مرة أخرى، حيث أظهرت نتائج بحث أجرى عام ١٩٦٤ أن هناك علاقة بين قول الأطباء لمرضاهم بأن هذه الأمراض تافهة وبين انخفاض نسبة الاستشارة عندهم، رغم أنه في عام ١٩٧٧ لم يوجد ارتباط بين وجهة نظر الأطباء هذه<sup>(١)</sup>.

فهم يعتقدون أن الطبيب الذى يرى أن معظم الاستشارات التي تأتي إليه تافهة أنه لا يملك القدرة على التشخيص السليم أو أنه لم يتلقى فيها محاضرات كافية، ولكن الآن ونتيجة لانتشار التعليم بصورة واسعة بين طلبة الطب للدراسات العليا أصبح هناك انخفاض واضح في نسبة الاستشارة التي يشعر إزاءها الطبيب بأنها تافهة Trivial أو غير ضرورية وأصبح الطبيب الذى يفسر استشارة المريض بأنها تافهة يتلقى الكثير من النقد من جانب مرضاه حيث أنهم يرون أنه لا يعطيهم الوقت الكافي ويسرع في فحصهم<sup>(٢)</sup>.

وكان لزيادة الوعي الصحى لدى المرضى الأثر المباشر في زيادة قدرتهم على توجيه الأسئلة للطبيب والخاصة بأعراض المرض وعلاجه وازدياد رغبته في

(1) Ann Cartwright & Others, General Practice revised, Op. Cit., P. 69.

(2) Ibid., P. 184.

نقد الطبيب، وهذا يرجع بالطبع إلى أن مريض اليوم أصبح أكثر معرفة وثقافة بالمادة الطبية عما دى قبل، وهذه المعرفة بالطبع جعلت المريض أكثر ثقة فى نفسه Self - Confident وأقل سلبية Less Passive فانخفاض سلبية المريض من أهم التغيرات التى طرأت على المجال الطبى واستطاعت بدورها أن تقضى على فكرة المريض البالى Stagnation غير المبالى بما حوله، كما كان لها أثر فى تحسين العلاقة بينه وبين طبيبه، حيث أصبح أكثر قدرة على الفهم والاستيعاب وأصبح يناقش الطبيب ويجادله فيما يقوله حتى يقتنع تماماً بالعلاج، فهذه العلاقة أصبح يتساوى فيها دور الطبيب والمريض، فإذا كان المريض أكثر قدرة على التعبير عن احتياجاته ورغباته للطبيب، فإن الطبيب سوف يفصح عن كل معلوماته عن التشخيص والعلاج، وهذا سيقودنا إلى فهم أكبر بينهم وإلى احترام متبادل بينهما أيضاً<sup>(١)</sup>.

أما التغير الثالث الذى يحدث فى العلاقة بين الطبيب والمريض فهو يتصل بزيادة الاتجاهات النقدية من المرضى تجاه العناية الطبية المقدمة لهم، وهذه الاتجاهات النقدية إنما ترجع إلى التركيز على المسئولية الفردية للصحة وإلى زيادة الوعى الصحى بين الأفراد فالمرضى أصبحوا أكثر ادراكاً كالأسايب التشخيصى والعلاج وأكثر قدرة على تفهم ظروف دورهم الاجتماعى وكيفية المجازة<sup>(٢)</sup>.

ومن التغيرات التى طرأت أيضاً على علاقة الطبيب بالمريض هى أن مريض اليوم أصبح مملوء بالشك وأكثر مقاومة للعلاج Reluctant ولكن حينما يرفض المريض أخذ العلاج فإن هذا يجعل الطبيب يتبع سياسة معينة وهى أخذ رأى المريض إذا كان يحتاج لعلاج أم لا وهذا من الأشياء التى دعمت العلاقة بينهما حيث أصبح الطبيب يستشير المريض فى كل الأمور حتى العلاج، لأن الطبيب وجد أن فى كثير من الأحيان يلجأ المريض إليه من أجل النصيحة فقط أو إعادة الطمأنينة إليه وأنه فى أحيان أخرى يلجأ إليه من أجل الحصول على شهادة مرضية تفيد بأنه مريض حتى يستطيع أن يحصل على راحة لمدة قصيرة ربما يتخلص فيها ممن بعض المشاكل الاجتماعية والعائلية والنفسية المحيطة به<sup>(٣)</sup>.

(1) Ibid., P. 186.

(2) Donald L. Patrick and Others sociology as applied to medicine, Op. Cit., P. 67.

(3) Ann Cartwright & Others, General Prectice revisited, Op. Cit., P. 182.

## التغيرات التى طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

ولذلك يرى كثير من المرضى الآن أن الطبيب هو الشخص المناسب للتعامل معه والافصح بكل مشاكلهم العائلية، فكثيراً من المرضى الآن يذهبون للطبيب من أجل شعورهم بالإحباط أو الكبت Depression وهذا الإحباط غالباً ما يكون نتاج للمشاكل الشخصية التى يعيشها المريض ورغم أن بعض الأطباء يرون أن لجوء المريض إلى الطبيب لحل مشاكله الشخصية أصبح فى انخفاض نتيجة لوجود الاختصاصى الاجتماعى Social Worker الذى يهتم بهذا الجانب من رعاية المريض فى المستشفى، ويرى الطبيب أنه يضطر فى بعض الأحيان إلى الخوض فى هذه الجوانب إذا كانت ملازمة للمرض الذى يعانى منه المريض، فحينما أجريت بحوث استطلاعية بين الأطباء لمعرفة رأيهم فى تدخلهم فى المشاكل العائلية للمرضى وجد أن الطبيب الذى يتعرف على مشاكل المريض أكثر تمتعاً بعمله من الذى لا يعبر هذه المشاكل اهتماماً. وربما يرجع السبب فى ذلك إلى احساسه بأنه استطاع كسب ثقة المريض، أما المريض فهو يرى فى الطبيب الشخص المناسب للتحديث معه فى مشاكله العائلية والشخصية وتزداد حاجة المريض إلى الطبيب واستشاراته فى مشاكله الاجتماعية والعاطفية إذا شعر بأن الطبيب يعرفه معرفة جيدة، فهذه المعرفة إنما تؤثر على الافصح أو عدم الافصح له<sup>(1)</sup>.

كذلك نجد أن قدرة المريض على اختيار طبيبه وفقاً لمعايير محددة من أهم التغيرات التى طرأت على علاقته بطيبه، فالمريض غالباً ما يختار طبيبه نتيجة لتوصية من صديق أو جار أو لأن مكان عيادته قريب وسهل الوصول إليه، أو لأنه سمع عن قدراته العلمية والتكنيكية<sup>(2)</sup>. كما أصبح من المعتاد اليوم أن وصف المريض للطبيب بأنه جيد يرجع إلى امتلاك الطبيب لكثير من المعدات والأجهزة الطبية الحديثة وبذلك أصبح الإقبال على الأطباء الذين يملكون مثل هذه المعدات الحديثة لأنها تسهل عمله مع المريض<sup>(3)</sup>.

أيضاً من التغيرات التى حدثت فى علاقة الطبيب بالمريض ما يتصل بحالات التغير السريع فى اجراءات العناية الصحية والتى تعتبر من أهم الموضوعات للأطباء والباحثين، فمحاولة الأطباء تحسين نوعية التأيد الاجتماعى أو المساعدة

(1) Ibid., PP. 52 - 54.

(2) Ibid., P. 28.

(3) Ibid., P. 39.



الاجتماعية التى تعطى للمرضى يجب أن توضع فى الاعتبار بعد دراسة أولاً - الفجوة الموجودة بين المستوى المطلوب من العناية والمستوى الموجودة بالفعل، ثانياً - دراسة الضغوط Pressure التى تقف حائل لهذا التغير لأنه من المعروف أنه إذا أدركت الفجوة الموجودة بين المستوى المطلوب من العناية العلمية والمستوى الموجود بالفعل سيساعد هذا بدوره على التغير ومن هذه التغيرات التى يحتاج إليها فى هذا المجال، اتصال سليم بين جميع الوحدات الموجودة فى هذا المجال - التأكيد على ضرورة معالجة المريض كإنسان - تقديم جميع التسهيلات للأطباء فى المستشفيات، زيادة المساعدات الاجتماعية التى يحصل عليها المريض من الطبيب<sup>(١)</sup>.

ومن التغيرات التى حدثت أيضاً فى النشاط والممارسة العامة إعطاء النصيحة والمساعدة وبخاصة ما يتعلق منها بتنظيم الأسرة وهذا بالطبع نتيجة لزيادة الاهتمام بالفحوص النسائية فى الجراحة وربما يرجع زيادة النشاطات التى يمارسها الطبيب إلى زيادة التسهيلات والإمكانيات فى المستشفى عما كان من قبل بالإضافة إلى اتساع دائرة عمل الطبيب بحيث تشمل اجراءات لم تكن موجودة من قبل أو عدم القيام باجراءات كانت موجودة ولم تكن موجودة الآن مثل الخياطة للجروح Striching Cuts وهذا راجع إلى وجود زيادة فى عمل الممرضات اللاتى يمكن تفويض مثل هذه المهام إليهن وأصبح النشاط الذى يمارسه الطبيب لا يقتصر فقط على وصف العلاج ولكن أصبح يشمل إعطاء النصيحة والاستماع وشرح الأعراض والعلاج للمريض<sup>(٢)</sup>.

إلا أن أهم التغيرات التى حدثت فى علاقة الطبيب بالمريض ما يتعلق بحجم الممارسة العامة Size Of general Practice وهذا يعنى أن عدد الممارسة الجماعية قد زاد وقل عدد الممارسين الفرديين وهذه الزيادة إنما ترتبط بزيادة استخدام الممرضات Nurses وعمال الصحة الآخرين، وهذا يعنى أن المريض لا يجد فقط عنايته الطبية مسئولة عن الطبيب وحده ولكنها مسئولة الممرضات وعمال الصحة أيضاً<sup>(٣)</sup>.

- (1) Stuart J. Cohen, New directions in Patient Compliance, Lex - ington book, New York, 1979, PP. 103 - 104.
- (2) Ann Cartwright & Others, Op. Cit., P. 183.
- (3) Donald L. Patrick and Others, Op. Cit., P. 68.

\_\_\_\_\_ التغييرات التى طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

٤ - ومن أهم التغييرات التى طرأت على مجال العلاقة بين الطبيب والمريض هى نظام الحجز والموعد:

فبعد أن كان المريض ينتظر مدة طويلة لمقابلة الطبيب أصبح نظام الحجز وأخذ ميعاد من الأمور التى تسهل على المريض عدم الانتظار ورغم أننا نعتبر أن هذا النظام فيه بعض المساوى barrier حيث أنه عائق للعناية السريعة للمريض Steady Care، ويرى كثير من الأطباء أن هذا النظام الجديد إنما يقلل من نسبة الاستفسارات التافهة التى تأتى إليهم بالإضافة إلى أن الطبيب يستطيع تحديد المدة التى سيقضيها مع المريض<sup>(١)</sup>.

كما أصبح من أهم الأشياء الحديثة التى طرأت على مجال الطب والعلاقة بين الطبيب والمريض زيادة نسبة اتخاذ العائلة طبيب خاص لها وأصبح نظام الطب العائلى Family medicine من أحدث النظم التى طرأت على مجال الطب وأصبح كثير من العائلات يتبنوا هذا النظام لاستمرار العناية بهم والثقة فى طبيب واحد أفضل من التجاء كل فرد من أفراد العائلة لأطباء مختلفين<sup>(٢)</sup>.

ومن العلامات المميزة التى طرأت على علاقة الطبيب بالمريض هى محاولة التعرف على المجال الذى يتم فيه هذا التفاعل بينهما والذى يشمل ويحوى أكثر المهارات التكنيكية والشخصية لكل منهما، ومن أجل فهم المحتوى الاجتماعى الذى يتم داخله التفاعل يجب تخيل الموقف الذى يدخل فيه المريض عيادة الطبيب وكيف يباشر الطبيب علاقته معه، فوصف الجوانب المعقدة لاستجابة المريض للطبيب إنما يختلف من مريض لآخر نتيجة لتأثير الاختلافات الفردية والسمات المميزة لكل فرد وخبراته، فحينما نهتم بتحديد مجال العلاقة بين الطبيب والمريض نجد أنها لا بد وأن تشمل على هذه العناصر التى تتمثل فى: الاستعداد الشخصى للطبيب، مستوى السلوك التخصصى الذى يسلكه الطبيب فى علاقته بالمريض، معرفة الدوافع المعقدة الخاصة بالمريض وقدرته على فهم المشكلة الطبية التى يعانى منها، فالطبيب فى هذا المجال للتفاعل يتصرف باعتباره شخص متخصص عقلانى يحاول اختيار كل المعرفة والمهارات العلمية المتخصصة من أجل مصلحة المريض.

---

(1) Ann Cartwright & Others, Op. Cit., PP. 31 - 34.

(2) Ibid., P. 36.

أما اسهام الطبيب الشخصى فى هذا التفاعل فهو يعتمد على معايير وقيمه الاجتماعية التى تؤثر على سلوكه وتجعل هذا السلوك ملائم للموقف الذى يحدث فيه التفاعل. أما المريض فى مجال التفاعل فهو يتوقع أن يصل إلى حالة متحسنة ولذلك فهو يبحث دائماً عن المساعدة المتخصصة وهو يتعاون معها من أجل العلاج، أما فى حالة المرض الحاد فالمريض لا يتصرف فى هذه الحالة بطريقة عقلانية وهذه من أهم الأسباب التى تؤدى إلى حدوث مشكلة الصراع بين الطبيب والمريض، فهناك قيم ومعايير اجتماعية تحكم سلوك الطبيب نتيجة لعضويته فى الموقف الاجتماعى الجديد الذى وضع فيه<sup>(١)</sup>.

وهناك بعض العوامل التى تؤثر فى مجال العلاقة بين الطبيب والمريض ومنها:

١ - الثقافة: فإذا نظرنا إلى القيم باعتبارها مستويات من الأفعال سواء جيدة أو سيئة سارة أو غير سارة، مناسبة أو غير مناسبة، نجد أن هذا التصور يطوى بداخله مجموعة من المعايير Nourms تحكم سلوك الأفراد وبخاصة فيما يجب أو لا يجب عمله فى مواقف متنوعة، فالثقافة هنا هى التى تنظم هذه المعايير بالرجوع إلى هذه القيم فإذا كانت القيم تمثّلنا بالمعايير المرغوب فيها Desirability وذلك بتوضيح أهداف الفعل، فالقيم إذان تصور المرغوب فيه أو كفيات المرغوب فيها من الموضوعات والسلوك والأبنية الاجتماعية والإنسان، أما توجيه القيم Value Orientation - فهو يشير إلى مجموعة القيم التى تنظم نفسها حول الأفكار الهامة فى المجتمع أو كما أوضحته Florence Kluckhohn تشير إلى تصنيفاً للأنواع الهامة من موجهات القيم طبقاً لمشاكل الحياة والتى تعتبر حاسمة وعامة لدى كل المجتمعات الإنسانية، فالقيم إذان هى الجوانب الحيوية من السلوك الإنسانى، والثقافة تختار لهذه المشاكل من البدائل المنطقية فى توجيهات القيم<sup>(٢)</sup>.

فإذا نظرنا إلى الطب نجد أنه يفهم عادة على أنه نظام اجتماعى ذو جانب ثقافى متكامل والثقافة كما هى معروفة فى علم الاجتماع والانثروبولوجيا تعنى الطريقة الكلية لحياة الأفراد The Total way Of Life Of People أو هى

(1) Samuel W. Bloom, The Doctor and his Patient, A Sociological Interpretative, Op. Cit., PP. 59 - 62.

(2) Ibid., P. 232.

## التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

الميراث الاجتماعي Social Legacy الذى يتناقله ويتوارثه الأفراد جيل بعد جيل أو يمكن اعتبار الثقافة جزء من البيئة يخلقه الأفراد. وهناك ثقافة متخصصة وثقافة عامة والذى يهمنا هنا هو الثقافة المتخصصة حيث أنها تشمل كل نشاطات الحياة وتشمل على ما يجب علينا عمله وما لا يجب علينا عمله، فالميراث الاجتماعي للفرد والذى يحوى اللغة والعادات والأفكار والمعتقدات ماهر إلا ثقافة وبخاصة فى العلم الاجتماعي والاثروبولوجيا الحديثة، فهى تخلق وتنقل من الأفراد وللأفراد ولذلك فهى تشمل الأحداث والموضوعات والسلوك سواء كان سئ أو جيد فأى ثقافة لابد وأن تشمل هذه القيم والأنماط المثالية والتي نعتبرها الزامية على الأفراد، أما المعايير الثقافية Cultural Norms فهى تشير إلى الأهداف الثقافية والوسائل التى تحقق هذه الأهداف ولكى يصبح الفرد مثقف فهو محتاج إلى تعليم هذه المعايير من ناحية ومشاركة الأفراد من ناحية أخرى<sup>(١)</sup>.

فالثقافة تلعب دور حيوى وهام وبخاصة مسألة الصحة والمرض فى العلاقة بين الطبيب والمريض، فالخلفية الثقافية لأى مريض تؤثر تأثير ايجابى وفعال فى الاستجابة للمرض وفى علاقته مع الطبيب، حيث أن الطبيب يفترض أن هناك قيم معينة مرتبطة بالصحة والمرض إذا عرفها المريض من خلال خلفيته الثقافية سيساعد هذا على سرعة فهم المريض للطبيب وبالتالي فى سرعة العلاج فالمدخل الجديد فى دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض هى زيادة تثقيف المريض من الناحية الصحية حتى يستطيع ادراك وجهة نظر الطبيب وبالتالي المساهمة فى شفائه<sup>(٢)</sup>.

٢ - الدور الاجتماعي - يعتبر الدور الاجتماعي نمط من أنماط السلوك المتوقع وهذه الأنماط تكون مقيدة بالمعايير الثقافية التى تحكم هذا السلوك وتنظمه إلى حقوق Rights وواجبات Obligations والذى يقبل عامة داخل الجماعة، وعادة ما يستخدم كلمة الدور الاجتماعي بمعنيين ويشير الأول إلى الأنماط المعيارية من التوقعات والتى تركز على النسق الثقافى ويشير الثانى إلى وصف السلوك الذى يركز على الخبرات الواقعية فى الجماعة والدور الاجتماعي بمعناه التقليدى الذى حدده Rolph Linton عادة ما يرتبط بكلمة المكانة Status فمثلاً نجد أن

(1) Ibid., PP. 63 - 65.

(2) Ibid., P. 43.

الطبيب فى علاقاته مع المريض سلوكه لا يتواجد من فراغ ولكنه مرتبط بمكانته وواجبه الخاص لانجاز عمله، فالمكانة تحدد لنا حقوق وواجبات الشخص تجاه المجتمع أما الدور فهو يمثل الجانب الديناميكي من المكانة، ولذلك فنحن لا يمكن أن نفصل الدور عن المكانة لأنه لا يوجد أدوار بدون مكانة أو مكانة بدون دور، فإذا كان لكل فرد مجموعة أدوار تشتق من الأنماط المختلفة التى يشارك بها فى المجتمع، فهذه الأدوار تمثل المجموع الكلى الذى يحدد ما الذى فعله فى المجتمع وما الذى يتوقعه المجتمع من الفرد<sup>(1)</sup>.

٣ - النظام الاجتماعى: ويشير هذا المصطلح إلى جماعات اجتماعية معينة مثل العائلة والمدرسة والكنيسة التى يختص كل منها بمعالجة مشاكل الحياة الهامة من زاوية محددة مثل الميلاد والزواج والوفاة وغيرها من أحداث الحياة التى يشارك فيها كل أفراد المجتمع، ولكل نظام اجتماعى من النظم ثقافة وقيم خاصة به ويسلكها الأفراد فى مواجهة هذه الأحداث ومن خلال هذه النظم يسن كل مجتمع ويشرع هذا السلوك، وكما ذكرنا أن الطب نظام اجتماعى وظيفته تشخيص الأمراض وعلاجها، وهذه الوظيفة تقدم بها جماعة خاصة لكل منها وظيفة ومعايير خاصة بها وتعمل على تطوير السلوك الطبى من مرحلة إلى أخرى أكثر تطوراً، فالنسق الاجتماعى عبارة عن وحدة متكاملة تتكون من مجموعة من الأجزاء المعتمدة على بعضها البعض، وهذه الوحدة تركز على الوظيفة المتبادلة هى التى تعمل على استمرار النسق ومن هنا يفهم النسق على أنه بناء ذو توازن ديناميكى أكثر من كونه بناء استاتيكي ثابت. أما النسق الاجتماعى فهو يتكون من شخصين أو أكثر يتفاعلون طبقاً لأدوارهم الاجتماعية مثل دور الطبيب ودور المريض فى مجال التفاعل، وهذه الأدوار تمثل أنماط متوقعة من السلوك تشتق من الخبرة الشخصية والثقافية للأفراد<sup>(2)</sup>.

ومن أهم التغيرات التى طرأت أيضاً على علاقة الطبيب بالمريض هى دخول الكمبيوتر فى هذه العلاقة: فنظراً لأن الاتصال بين الطبيب والمريض عملية معقدة ويترتب عليها الكثير من الأخطاء الخطيرة، ولذلك اضطرت بعض الدول إلى

(1) Ibid., PP. 67 - 69.

(2) Ibid., P. 70.



## التغيرات التي طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

استخدام الكمبيوتر باعتباره عامل يساعد في تسهيل هذه العلاقة، بحيث أصبح يستخدم الآن في عمليات التشخيص Dignosis والعلاج Treatment أما في التشخيص فالمريض يتفاعل مع الكمبيوتر الذى يوجه للمريض عدد من التساؤلات يحاول التعرف من خلالها على الخلفية الثقافية للمريض تاريخ الحالة، الأعراض، وهذه المعلومات يأخذها الكمبيوتر ويلخصها ويقدمها للطبيب لتحديد تشخيص المرض، أما في العلاج فالكمبيوتر يمدنا بالمعلومات المناسبة من المادة التي جمعت من المريض عن طريق الأسئلة حيث أنه في بعض الأمراض وبخاصة التناسلية فإن المعلومات الحقيقية تكون هامة جداً ولكنها تكون ناقصة عند المريض وليس مفاجأة أن الكمبيوتر يتفوق في جمع وتهذيب وتكميل المعلومات الحقيقية التي لم يسردها المريض<sup>(١)</sup>.

ونظرنا لأن التاريخ الطبي لحالة المريض يستغرق من الطبيب وقت طويل وخاصة إذا بدأ الطبيب في توجيه أسئلة للمريض وتكون إجابة المريض عليها غير كاملة، لأن المقابلة محدودة والوقت لا يسمح بمناقشة كل المشاكل الاجتماعية والعاطفية للمريض ويتم اتصال الكمبيوتر بالمريض عن طريق وسائل مثل الآلة الكاتبة والرسالة تكون موجهة من الكمبيوتر إلى المريض ومن المريض إلى الكمبيوتر، حيث يبدأ بتحية المريض ثم يبدأ في شرح غرض المقابلة وعلى المريض أن يجيب بلا أو نعم أو لا أعرف وحينما يرد المريض بأنه لا يفهم يبدأ الكمبيوتر في تقديم شرح أكثر للمريض اعتماداً على استجابة المريض للأسئلة، كما أن بروجرام الكمبيوتر يحوى الكثير من الأسئلة حول الأعراض ومن خلال البروجرام يقدم الكمبيوتر بعض العبارات التي يشجع بها المريض على الإجابة وحينما ينتهى بروجرام الكمبيوتر يبدأ في شكر المريض ثم بعد ذلك يأخذ الكمبيوتر في تلخيص إجابات المريض ويحاول تقديمها للطبيب<sup>(٢)</sup>.

ويستخدم الكمبيوتر أيضاً في الحصول على معلومات سيكولوجية من المريض، كالأسئلة العامة التي تحاول تحديد شخصية المريض وعائلته وحالته

(1) M. Robin Dimattea & others, social Psychology and medicine, Op. Cit., P. 113.

(2) Ibid., P. 114.

الاجتماعية والمالية، كما يستخدم الكمبيوتر أيضاً لتقييم المراحل المختلفة التى يمر بها المريض فى حياته كما يستخدم فى تعليم المريض ونوعيته صحياً وقد أثبتت بعض الدراسات أن المرضى يتعلمون من الكمبيوتر أكثر مما يتعلمون من الطبيب ولكن هناك مشكلتان مرتبطتان باستخدام الكمبيوتر فى هذا المجال وهما أولاً: أن مرونة الكمبيوتر Flexibility تكون محدودة، ولكن خبرة الطبيب حينما يتابع بعض أعراض المرض وشكوى المريض من بعض هذه الأعراض لا تساعد فى تشخيص المرض ولذلك يلجأ إلى الاختبارات المعملية Laborious Series ثانياً: أن هناك اتصال شفهي Nonverbal Communication بين الطبيب والمريض والكمبيوتر لا يستطيع التعامل بسهولة مع هذه الوسائل غير الشفهية كتغيرات الوجه ونبرات الصوت Voice Tone<sup>(1)</sup>.

فالاتصال الشفهى أو غير الشفهى بين الطبيب والمريض يعتبر هو المفتاح الأساسى فى فاعلية العناية الطبية، حيث أن الاحساس بالاتصال غير الشفهى يعتبر أساس فى تشخيص المرض، ولكى يكون التفاعل أكثر فاعلية يجب تجنب المصطلحات الطبية التى يستخدمها الطبيب فى تعامله مع المريض<sup>(2)</sup>.

(1) Ibid., P. 114.

(2) Ibid., P. 115.

## الفصل الثالث

### الملامح البنائية لدور المريض

أولاً - مقدمة.

ثانياً - نظرة تاريخية لدور المريض.

ثالثاً - العوامل التي تؤثر في استجابة المريض للمرض.

أ - الدين.

ب - التعليم.

ج - الثقافة.

د - البيئة الاجتماعية والاقتصادية.

هـ - الأصل العرقي.

و - السن والجنس.

ز - الخبرات.

ح - العائلة.

ك - شخصية المريض.

رابعاً - العوامل التي تساهم في عدم طاعة المريض وتعاونيه مع الطبيب.

خامساً - علاقة دور المريض بتصور الانحراف الاجتماعي.



## أولاً - مقدمة عن المريض: What is the Patient

يشير مصطلح المرضى إلى التصور العلمى الذى غالباً ما يظهر فى تحليلنا لنماذج المرضى الطبى ويركز على الأعراض التى يشعر بها المريض ويحاول إيجاد مساعدة للقضاء عليها، ومن هنا فإن رؤية المريض لهذا المرضى واحساسه به يعتبر جانب ضرورى فى تحليلنا للصحة والمرض، أما دراسة سلوك المريض فهى تتضمن دراسة للآلام والأعراض التى يعانى منها المريض، حيث أن هناك بعض الأفراد لا يستجيبوا لآلامهم ولا يشعروا بها، على العكس من أفراد آخرين يستجيبوا لآلامهم ويبحثون عن مساعدة فورية من الآخرين لتخفيف هذه الآلام<sup>(١)</sup>.

وفى الماضى كان يستخدم مصطلح مريض Patient ليشير إلى الشخص الذى يعانى من تعب ما وكان المصطلح يطلق على صاحب العضو المريض Diseased Organ أو جهاز مختل الوظيفة Malfunctioning System، أما الاستخدام الحديث لهذا المصطلح أصبح يشير إلى شخص الذى يبحث عن العناية الطبية، برغم أن المرض عادة ما يقود الأفراد إلى البحث عن المساعدة الطبية، إلا أنه ليس بالضرورة كل من يبحث عن هذه المساعدة يعتبر مريض<sup>(٢)</sup>.

ونادراً ما يفهم «المريض» على أنه كل متكامل، ولكن ينظر إليه باعتباره مجموعة من السمات الشخصية فى نظر الطبيب، فهو يعرف عمره وجنسه ودرجة بدائه، فالطبيب يعرف عمر الطبيب لأن هذا العمر يؤثر فى مرض الحياة بالنسبة للمريض، أما الجنس فهو يؤثر فى حكم الطبيب على مستوى ذكاء المريض فالمرأة تبدو أكثر صمتاً من الرجل، ولكن الواقع أن أكثر المرضى يمتازون بالصمت Dumb فهم لا يوجهون أى سؤال يعبر عن احتياجاتهم للطبيب، وحينما يحاول الطبيب تفسير ذلك الصمت أما يرجعونه إلى سلبية Passivity المريض وعدم إصدار شكوى منه، أو لأن المريض وعدم إصدار شكوى منه، أو لأن المريض يستغل فرصة اعتماده على الآخرين وهو فى حالة المرض، ولذلك نجد أنه فى كثير

(1) David Mechanic, Medical Sociology, The Pee Press, No. 4. 1967, P. 116.

(2) Hayle Leigh, M. D., The Patient, Biological, Psychological And Social Dimensions Of Medical Practice, Plenum Medical Book Company, New York, 1983, P. 3.



من الأحيان تكون أحكام الطبيب على المريض خاطئة لأن خبرات الطبيب لا تمكنه من إصدار حكم قاطع على المريض لأنه يقدر على فصل موقف المريض الاجتماعى من موقفه الطبى<sup>(١)</sup>.

وعلى هذا الأساس نجد أن كثيراً من المرضى يعتبرون أن مرضهم لا يكون فقط نتيجة خلل عضوى ولكن نتيجة لظروف عاطفية واجتماعية واقتصادية وثقافية، ولذلك على الطبيب ألا يهتم فقط بالجانب العضوى ولكن عليه الاهتمام بالمريض ككل متكامل<sup>(٢)</sup>.

فوجود الأعراض ليس حالة كافية يبحث فيها المريض عن المساعدة الطبية، ولكن يحاول المريض أولاً تفسير الأعراض فى ضوء خبراته الشخصية الماضية وفى ضوء توقعاته، وأن الكثير من المرضى يلجأون إلى طلب المساعدة غير الطبية قبل ذهابهم للطبيب، لأن لجوء المريض إلى الطبيب يعنى عنده الحل الأخير، أو يشير إلى ظهور مشكلة فى حياته لا يعرف المريض عنها شيئاً<sup>(٣)</sup>.

وفى دراستنا لسلوك المرضى لاندرس فقط الذين يبحثون عن المساعدة والعناية الطبية، ولكن ندرس أيضاً الذين يهتمون بهذه المسألة حيث أن الذين يبحثون عن العناية يمكن معرفتهم عن طريق ترددهم على العيادات الخاصة والمستشفيات<sup>(٤)</sup>.

وسلوك البحث عن المساعدة إنما يشمل قرار الفرد فى عمل أى شئ تجاه الأعراض والألم الذى يشعر به سواء كانت هذه المساعدة طبية أو غير طبية، وفى سلوك البحث فى المساعدة الطبية لابد وأن يحدث احتكاك بين الطبيب والمريض، وهذا السلوك بواسطته يحصل المريض على العناية الطبية وذلك بذهابه إلى الطبيب أو إلى المستشفى، أما البحث إلى أصدقائه لأخذ مشورته، غالباً ما يقود البحث عن العناية غير الطبية إلى البحث عن المساعدة الطبية حيث أن كثير من المرضى غالباً ما يستخدمون النوعين من المساعدة فى آن واحد<sup>(٥)</sup>.

(1) Cailie M. Roberts, Doctor And Patient In Teaching Hosipital, Lexington Books, 1977, PP. 74 - 79.

(2) Ibid., P. 80.

(3) Hayle Leigh, M. D., Op. Cit., P. 117.

(4) David Mechanic, Op. Cit., P. 117.

(5) Hayle Leigh, M. D., Op. Cit., P. 5.

فسلوك البحث فى المساعدة قريب جداً من السلوك المرضى ولقد وصف Mechanic السلوك المرضى بأنه يتكون من مجموعة طرق يستطيع بها المرضى أن يفهم أعراض مرضه ويقيمه ويقرر على أساسه نوع المساعدة التى يطلبها، ولكن السلوك المرضى يمكن أو لا يمكن أن يقود إلى سلوك البحث عن المساعدة، فسلوك البحث عن المساعدة يحدث فى شعور الإنسان بأعراض المرض وهذا يختلف حسب شدة أو نوعية هذه الأعراض، فإذا كانت هذه الأعراض شديدة Sever ومؤلة Distressful ومتوصلة يكون أسلوب البحث عن هذه المساعدة سريع<sup>(١)</sup>.

وحينما يذهب الشخص المريض إلى الطبيب للبحث عن المساعدة والعلاج، فإن هذه المساعدة تكون أقل بكثير من أى مساعدة أخرى خارج المستشفى يطلبها المرضى من أصدقائه أو جيرانه أو أهله، وربما يرجع السبب فى ذلك إلى أن الوقت الذى يقضيه المرضى مع الطبيب يكون محدود، بالإضافة إلى القواعد التنظيمية والرسمية التى تحكم هذه الزيارة، وفى عام ١٩٦٢ عقد Mechanic مقابلات شخصية مع ٣٥٠ مريض فى ولاية Madison يترددون على الأطباء باستمرار ومعظمهم من الطبقة الوسطى لكى يتعرف على العوامل التى تحكم عملية اختيارهم للأطباء الذين يترددون عليهم وكان من أهم هذه العوامل ما يأتى:

١ - توصية Recommendation من الأصدقاء أو الجيران.

٢ - توصية من طبيب آخر.

٣ - مكان العيادة سهل الوصول إليه.

٤ - أتعابه معقولة His Fees Reasonable.

وحينما سأل Mechanic أفراد العينة معنى أن يكون طبيب جيد فى عمله كانت اجاباتهم تحدد الصفات الآتية للطبيب:

١ - متخصص Competence وعادل Qualified ومفكر Theaughtful

ومتعاطف Sympathetic وصديق Friendly.

٢ - يعطى المريض الوقت الكافى.

٣ - الإنصات إلى كل ما يقوله المريض.

٤ - الإجابة على كل تساؤلات المريض بطريقة سهلة وواضحة.

(1) Ibid., P. 7.

٥ - الاهتمام بالمريض Interest Of Patient.

٦ - معرفة أسم المريض وتاريخ الحالة<sup>(١)</sup>.

وحينما سأل أفراد العينة عن الأسباب التى تجعلهم غير راضين عن أطبائهم كانت هذه الأسباب تنحصر فيما يلى:

١ - عدم الاهتمام بالمريض Lack of Interest.

٢ - عدم اعطائه الوقت الكافى.

٣ - تشخيصه لمرض يكون خاطئ Wrong Diagnosis.

٤ - علاجه يكون غير ناجح.

٥ - شخصيته ضعيفة.

وحينما يذهب المريض إلى الطبيب يكون فى خياله صورة معينة عن دور هذا الطبيب وكيفية انجازه لهذا الدور، وهذه الصورة التى فى خياله أما أن تأتى من توقعاته وخبراته السابقة أو خبرات المحيطين به، أو من الثقافة الفرعية التى ينتمى إليها، ومن هنا يحاول المريض أن يقيم دور هذا الطبيب ومقدرته على العمل، فإذا اتفقت طبيعة عمل الطبيب مع توقعات المريض يتوافق معه ويتقبل علاجه، والعكس صحيح إذا اختلفت دور الطبيب عن توقعات المريض فهذا يؤدى إلى عدم قبول العلاج، ومن هنا يتوقع المريض أن يأخذ الطبيب بيده فى حل مشاكله وأن يبين له طريق<sup>(٢)</sup>.

فالتبيب والمريض كلاً منهما يعيش فى عالم مختلف عن الآخر وبالتالي نجد اختلاف فى أفكارهم، فالعلاقة الطبية بين المرضى غالباً ما تكون أقل مما يتوقع الطبيب، كما أن الأطباء غالباً ما يفشلوا فى معرفة السبب الذى من أجله يبحث فيه المريض عن المساعدة حيث أن الممارسة الطبية غالباً ما تحتاج إلى تغيير توقعات المرضى حتى يتلائم علاجهم مع الأعراض التى يعانون منها، فلكى تثمر العلاقة بين الطبيب ومريضه يجب أن يشارك كلاً منهما الآخر فى سماته الثقافية حيث أن هذه المشاركة من العوامل الهامة التى تنمى وتثمر العلاقة بينهما بأسلوب علمى وموضوعى بالإضافة إلى أنها تسهل الاتصال بينهما<sup>(٣)</sup>.

(1) David Mechanic, Op. Cit., P. 158.

(2) Ibid., P. 159.

(3) Ibid., P. 161.

وهناك نوعين من الأسباب من وجهة نظر المريض هى المسئولة عن الاختلافات الموجودة فى علاقة الطبيب بالمريض:

أولاً - أن هناك احتمال أن تكون شكوى هى السبب فى هذا الاختلاف، ولكن هذا الافتراض غير موضوعى لأن شكوى المريض قد تكون نابعة من ظروفه الاجتماعية والسيكولوجية فى ذلك الوقت.

ثانياً - أن الفرد حينما يذهب إلى الطبيب للاستشارة يكون عنه فكرة مسبقة عن مرضه وبعض التصورات المرتبطة بالأعراض، وبعض الأمل والخوف من نتائج المرض الاجتماعية والشخصية والتي يمكن أن تؤثر عليه، كما أن لديه فهم مسبق بمجموعة الأفكار المرتبطة بالطبيب وكيفية مقابله للمريض وكيفية تنظيم الاستشارة، فإذا لم تنطبق هذه التصورات والأفكار التى فى ذهنه عن الموجودة فى الواقع فهى ستؤدى إلى الصراع الحتمى بينه وبين طبيبه<sup>(1)</sup>.

ويعتبر الأهتمام بنوعية العناية التى ينالها المريض من أهم الأهتمامات المعاصرة، وهناك معايير كثيرة يقاس على أساسها مستوى العناية بالمريض، ومن أهم هذه المقاييس نتاج العلاقة بين الطبيب والمريض، والعلاقة بين تكاليف المستشفى ومستوى الخدمات بها، وقد أجريت أحد الأبحاث لقياس نوعية هذه العناية وذلك باتباعها الآتى:

أولاً - قياس نوعية العناية بالمريض وذلك بالرجوع إلى رأى الأطباء وأحكامهم على مدى نوعية هذه العناية.

ثانياً - قياس نوعية هذه العناية بالرجوع إلى بيانات المنشورة حولها Published Data.

ولقد كان أهم النتائج التى وصل إليها هذا البحث أن نوعية العناية والرعاية فى المستشفى العام أقل من العناية فى المستشفى الخاص، وهذا يرجع إلى التعقيدات التى توجد فى دور الطبيب المقيم فى هذه المستشفيات، فدوره معقد وشائك بالنسبة لعدد المرضى المقيمين فى المستشفى، فالوقت يكون محدود لانجاز كل

(1) Micheal Wadsworth And Others, Studus In Every Day Medical Life, Martin Rabenson, London, 1979, PP. 8 - 9.

مهامه إزاء هذا العدد الضخم من المرضى المقيمين فى المستشفى، ولقد أكد العديد من الأطباء على عناية بالمريض إنما تحتاج إلى العديد من العوامل مثل التمريض Nursing والصدقة مع الأطباء، بالإضافة إلى التسهيلات الفيزيائية Physical Facilitess والخدمات العامة الموجودة فى المستشفى Ancillary Services، فكل هذه العوامل إنما تجتمع معاً لتساعد على تحسين نوعية العناية بالمريض، ويرى الأطباء أنهم المسئولون الأوائل عن العناية بالمريض وذلك بتحسين العلاقة معهم وتطويرهم وتزويد المريض بالمعلومات اللازمة عن حالته الصحية وطرق العلاج حتى يستطيع المريض أيضاً أن يساهم فى هذه العناية<sup>(١)</sup>.

فالممارسة الطبية إذن ما هى إلا نوع من النشاط الاجتماعى هدفه حل مشاكل المريض الطبية وغير الطبية، كما أن العلاقة بين الطبيب والمريض أصبحت تمثل التعبير عن طلب المساعدة، ومن هنا أصبح من الطبيعى أن جميع المشاكل الاجتماعية والنفسية أو مشاكل المعيشة بوجه عام يلجأ فيها الأفراد إلى الأطباء ليجدوا عندهم المساعدة، وبذلك أصبحت هذه العلاقة علاقة تخصيص مهنية تطلب نوعاً من الخدمات والقيم الأساسية لدى كلاً منهما لنجاح مثل هذه العلاقة، فمهنة الطب تعتمد على العلم التطبيقي أكثر من كونها علم مهني أو تصبح المهارات الفنية Technical Skills ذات قيمة أساسية للطبيب، حيث أنه يتبادل فيها الرأى والمشورة مع المريض، ويطلع فيها المريض طبيبه على مشاكله الصحية والمرضية من جانب، وعلى مشاكله الاجتماعية والعاطفية من جانب آخر<sup>(٢)</sup>.

## ثانياً - نظرة تاريخية لدور المريض : A historical Perspective

من بداية التاريخ الطبى نجد بعض الأطباء من أمثال Hippacrated أوضحوا لنا كيف أنه من الضرورى على الأطباء الذين يعتنون بالمرضى أن يهتموا أولاً بمسألة توزيع العناية عليهم Deliver Care وفهمهم والاحساس بهم، ولقد كتب هذا الطبيب الكثير من المعاملة الشخصية Interpersonal Transaction

(1) Jon C. Dentan And Others, Health Sesearch, Vol. 2, No. 1967, PP. 30 - 33.

Aquarterly Journal Published By The Hospital Research And Education.

(2) David Mechanic, Op. Cit., P. 166.



بين الطبيب والمريض وكيف على الطبيب أن يحول من احساس المريض السلبي والخوف من المرض إلى نوع من الأمل والسلوك الايجابى، وفى هذا القرن كتب المعلم الطبى الأول Frederick Shattuck عام ١٩٠٧ عن المشكلة الأساسية فى العناية الصحية والتي يمكن أن تحدث إذا كان هناك فجوة Gab بين الطب كعلم والممارسة، وقد اقترح بأننا يمكن التغلب على هذه الفجوة عن طريق جسر Bridge يسمى «فن الطبيب» Art of Medicine حيث أننا يجب أن نتذكر بأنه إذا كان المرض ظاهرة، فالشخص المريض أيضاً ظاهرة أخرى، ولقد تكلم أيضاً هذا المعلم عن أهمية الاهتمام الحقيقى بشعور المريض حينما يتكلم عن حالته، فلكى يصبح الطب فن بالفعل على الأطباء محاولة فهم جميع المشاكل الاجتماعية والسيكولوجية المرتبطة بالمريض، وهذه يمكن فهمها عن طريق الاتصال الشفهى وغير الشفهى مع المريض، وأن يكون تعاملهم مع المرضى ايجابى حتى يقوم المريض بدوره الايجابى فى عملية العلاج<sup>(١)</sup>.

فإذا كان هناك افتراض فعلى يبين دور المريض مملؤ بأنواع مختلفة من التواترات والغموض لماذا أصبح إذن هذا الدور منتشر فى علم الاجتماع الطبى وأصبح الكثير من علماء الاجتماع الطبى متبنين هذا الفرض؟

أولاً - لأن هناك تراث تقليدى قوى فى علم الاجتماع المعاصر يحاول أن يوضح نموذج مثالى نظرى Theoretical Ideal Type لأى افتراض وأصبحت فكرة دور المريض فكرة ممتازة تقودهم إلى ما يتمنون.

ثانياً - أن انتشار نظرية الأنساق البارسونية فى أواخر عام ١٩٥٠ إلى ١٩٦٠ لها دور كبير فى انتشار هذه الفكرة، حيث أن فكرة دور المريض تعتبر تمثل الانحراف Deviancy فى إطاره التصورى عن الثبات الاجتماعى ومثال تطبيقى واقعى لأفكار بارسونز المجردة عن نظرية النسق الاجتماعى، وقد تطابقت أفكار بارسونز مع الأفكار الأولى لعلم الاجتماع الطبى<sup>(٢)</sup>.

(1) Ibid., PP. 210 - 215.

(2) William R. Rosengren, Sociology Of Medicine, Diversity, Conflict And Change, Harper And Row Publishers, New York, P. 285.

فإذا رجعنا إلى بداية هذه الفكرة نجد أن بارسونز اعتبر المرض Illness شكل خاص من أشكال الانحراف Special Form Of Deviancy وعلى ذلك فهو يعتبر أعضاء النظام الطبى ما هم إلا أدوات للضبط الاجتماعى ووظيفتهم إعادة Restore هذا الانحراف الصحى إلى وظيفته الاجتماعية الطبيعية، والمرض شكل خاص من أشكال الانحراف لأن الشخص المريض Ill Person لا يكون هو المسئول عن هذا الانحراف، وأن علاج هذا الشخص المريض يجب ألا يحتوى على عناصر اجبارية Caercion أو عقابية Punition مثلها فى ذلك مثل أى شكل آخر من أشكال الانحراف، وبذلك أصبح دور المريض من أهم أفكار التى سيطرت على علم الاجتماع الطبى الأمريكى وبخاصة فى الربع الأخير من هذا القرن بشرط أن نضع فى اعتبارنا أن هذا الدور يكون طارئ وغير متوقع Contingent وزمنى Temporay، وهذا يعنى أن الشخص المريض يكون بالفعل مريض وهذا بحكم الأطباء فى أنه أصبح عاجز Incapacitating وأن احتلال الفرد لهذا الدور لا يعتبر احتلال دائم Permanent بمعنى أن هذا الدور ينسحب من الشخص المريض حينما يقرر الطبيب بالفعل أن هذا الشخص شفى تماماً من مرضه<sup>(١)</sup>.

وهناك عاملان يؤثران على توقعات المريض لدوره، ولقد حدد بارسونز هذان العاملان م قبل فى الدراسة التى أجراها عام ١٩٥١ والتى يرى فيها أن دور المريض يتضمن فى ثناياه خضوع Submitting المريض لسلطة الطبيب، وأن دور المريض يحتم عليه الدخول فى موقف عدم تأكد وشك Uncertainty ومشكلة عدم الثقة هذه إنما ترجع إلى الجو العاطفى المؤثر المحيط بأى مرض، ويرجع أيضاً إلى النقص المهارة التكنيكية لدى المريض والتى لاتساعده على التحقق من الاجراءات التى يفعلها الطبيب من أجله، وهناك سمة أخرى لدور المريض وصفها بارسونز عام ١٩٥١ وتتمثل فى عدم رغبة الشخص المريض فى تخمين دور المرض، حيث أنه غالباً ما يرى دوره بغيض Stigmatized أو أنه دور غير مرغوب فيه، فكون الإنسان مريض لاتعطى له قيمته اجتماعية Socially Valued، كما أنها يمكن أن تنخفض من مكانته الشخصية Status سواء تم هذا بصورة مؤقتة أو دائمة وينطبق هذا بالذات على الأمراض العقلية<sup>(٢)</sup>.

(1) Ibid., P. 286.

(2) David Tuckett, Op. Cit., P. 181..

ويرى روبنسون Rabrinson أن المريض بمجرد أخذه هذا الدور يجعله يضع في اعتباره تكاليف الوقت الذي يأخذه اجازة من عمله أكثر من أضع في اعتباره ما الذي سيحصل عليه من العلاج، كما يرى أيضاً أن فقدان الموارد المالية Finacial Loos يعتبر عامل هام يؤثر على عدم أخذه لدور المريض وبخاصة إذا كان مسئول عن عائلته، ويرى Cartwright في الدراسة التي أجراها عام ١٩٦٧ بأن عدد كبير من الأشخاص الذين يزورون الطبيب من الطبقات العاملة أكثرهم إداريين Administrative لأنهم يرون أن أمراضهم شرعية وذلك بحصولهم على شهادة طبية Certifcate من الطبيب، فاتخاذ المريض وتبنيه Adopting لهذا الدور إنما تساعده على وجود سبب شرعي لتصرفاته وسلوكه الشخصي ( فالسيدة التي ترى أن زوجها ) وفي دراسة Zola و Balint نجدها يؤكدان على أن سلوك المريض Illness Behavior إنما يقودنا إلى إعادة تقييم Re - Evoluution لبعض جوانب دور الطبيب وأفكاره عن الأشكال المناسبة للعناية الطبية والعلاج بالتركيز على نشر الوعي الصحي Health Education بين المرضى حتى يساعدهم على فهم دورهم ومتى تلجأون إلى الطبيب ومتى لا يلجأون وحتى يستطيعون إدراك تهديد المرض لهم ونصل إلى تحديد واضح لدور المريض<sup>(١)</sup>

### ثالثاً - العوامل التي تؤثر في استجابة المريض للمرض:

تختلف الاستجابة للمرض من مريض لآخر طبقاً لظروفه الاجتماعية والثقافية، ولقد أجريت الكثير من الدراسات للتعرف على عوامل استجابة المريض للمرض والتي تتأثر بظروفه، فقد لاحظ Koos ان من أهم العوامل التي تؤثر في سرعة الاستجابة للمرض هي الطبقة الاجتماعية Social Class التي ينتمي إليها المريض، فالأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات العليا إنما يشعرون بالمرض حينما يقومون بأي مجهود عن الأشخاص الذين ينتمون إلى الطبقات الدنيا، ولذلك فإن بحشهم عن المساعدة الطبية لتخفيف شعورهم بهذا الألم يكون أسرع<sup>(٢)</sup> وهذا يرجع بالطبع إلى «اعتبارات اقتصادية» حيث أن الشخص الفقير فهو يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم في عمله هو في حاجة إليه، كما أن هذه النوعية من المرضى غالباً ما تؤمن بالقدرية

(1) Ibid., PP. 184 - 185.

(2) Ibid., PP. 120 - 125.

Marefatalisitic فى المرض وهذا يجعلهم أقل اتجاهًا إلى استخدام الطب الوقائى Preventive Medicine حينما يمرضون<sup>(١)</sup>

ومن هنا نرى أن العلاقة بين الطبقة التى ينتمى إليها المريض وبين دوره كمريض قوية، فإذا نظرنا إلى شريحة من السكان ذو مستوى اجتماعى متدنى وذو مستوى تعليمى أيضاً نجد أن المريض فى هذه الشريحة يهتم بنوعية التغذية والملابس وبصحة المنزل الذى يقطن فيه، فهو يمر بمراحل العلاج بطريقة سليمة حيث أنه قادر على التحكم فى اهتماماته بشرط تكون ملائمة لاحتياجاته العلمية والمرضية، أما الأفراد الذين ينتمون إلى طبقة الدنيا من المجتمع وذو وضع اجتماعى واقتصادى منخفض، فهم لا يواجهوا فقط مخاطر المرض ولكنهم يواجهون أيضاً نقص فى العناية الصحية، ومن هذه المخاطر سوء العلاقة بينهم وبين الطبيب لعدة أسباب أولها أنهم لا يتكلمون لغة واحدة وهذا يؤدي إلى سوء فهم المريض للكلمات الطبية التى يتفوه بها الطبيب، وبالتالي استخدامه للعلاج وقلة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى اختلاف وجهات النظر، ففي العلاج مثلاً نجد أن كثير من المرضى والذين ينتمون إلى طبقات دنيا ليس لديهم القدرة على التعبير عن ذاتهم وعما بداخلهم، ولا يستطيعوا أن يكونوا موضوعيين فى الحكم على حياتهم العاطفية، كما أن الخوف من الطبيب النفسى يجعل المريض دائماً مراوغة فى كلماته Evasive وغير واضح بالتالى لايساعد الطبيب على سرعة العلاج، ومن هنا نجد أن علاقة الطبيب بالمريض تتأثر إلى حد كبير باختلاف الطبقة الاجتماعية التى ينتمى إليها المريض، ولكن يجب علاج الفجوة الموجودة بين الطبيب والمريض فى هذه الحالة عن طريق التعليم الصارم Shrewd والتواصل Pesistent لكل من الطبيب المختص والمريض الذى يعاني من مرض ما، فبالعليم يستطيع أن يعرف كلاً منهما الآخر ويستطيع تخفيف الآمه من خلال استخدام متغيرات جديدة للصحة<sup>(٢)</sup>.

كما يلعب الدين والأصل العرقى Religion And Ethnic Origin دور كبير فى السلوك المرضى والاستجابة للمرض وذلك من خلال الاتجاهات الثقافية والتوقعات، فنجد مثلاً أن هناك بعض الجماعات الثقافية تكون أكثر اهتماماً

(1) Hayle Leigh, Op. Cit., P. 6.

(2) Howard E. Freeman And Others, Op. Cit., PP.334 - 448.

بالطب الشعبي Folk Medicine حينما يمرضون، في حين أن هناك جماعة ذات ثقافة مختلفة يلجأون إلى البحث عن العناية الطبية الحثة لدى الأطباء المتخصصون، ولقد قام Zborowskr من عام ١٩٥٢ : ١٩٦٦ بدراسة عن الاتجاهات والاستجابة للألم عند المرضى الذين ينتمون إلى جماعات عرقية مختلفة وكانت دراسته تشمل مجموعتين للبحث أحدهما تمثله الأمريكيان القدامى Irish, Old American و ثانيهما تمثله الايطاليون Jewish Italians حيث وجد أن المجموعة الأولى لا تبالي في تصورهما للألم وتستجيب له بنوع من الرزانة Stoically، في حين أن المجموعة الثانية من المرضى تبالي في تصورهما للألم ويكون رد الفعل العاطفي تجاه الألم شديد ومؤثر جداً، وتفسير المجموعة الأولى الألم بأنه علامة من العلامات الخاطئة في جسم الإنسان Warning Signal في حين أن المجموعة الثانية تشخصه على أنه مؤشر للعطل في الجسم Crippling فالاختلافات العرقية إذن لها علاقة بسلوك البحث عن المساعدة فالمجموعة الأولى حينما يشعرون بالألم يلجأون إلى استشارة الصيدلي Druggist قبل لجؤهم إلى استشارة الطبيب، أما المجموعة الثانية فإنهم يلجأون إلى الطبيب المختص مجرد احساسهم بالألم<sup>(١)</sup>.

فاستجابة المرضى الأمريكيان للألم قليلة لأنهم يحاولون إيجاد أنسب الطرق لتحديد نوعية الألم، وهذا بالطبع يتوقف حسب موضعه وقدرته، وحينما يذهب إلى الطبيب لكي يفحصه نجده يعطى للطبيب انطباعه عن هذا الألم بالإضافة إلى وصف حالته كاملاً لكي يساعد الطبيب على إيجاد تشخيص وعلاج مناسب لحالته، وفي أثناء مقابله مع الطبيب لا يصدر منه أى شكوى أو تأوه Groaning أو أنين، ومن هنا نجد أن هناك أنماط مختلفة من رد الفعل تجاه الألم والتي تعتمد بدورها على الموقف Situation، فبعض هذه الأنماط يظهر لأعضاء العائلة والأصدقاء ويتكون هذا النمط من رد فعل في محاولة تقليل الألم عنه لتحاشي شكواه وغضبه، ولكن حينما نحاول معرفة أهم العناصر قدرة على التحكم في رد الفعل تجاه الألم نجدها متمثلة في رغبة المريض في التعاون مع من يقوم برعايته من أجل تخفيف الألم، فرد الفعل تجاه الألم لا يعنى أن جميع أفراد الجماعة يتشابه رد فعلهم للألم، ولكننا سنجد أيضاً اختلافات بين الأفراد في رد الفعل وهذا

(1) Hayle Leight, M. D., oP. Cit., 128 - 130.



يرجع إلى جوانب الخبرة والألم عند كل منهم وتختلف أيضاً حسب المرض الذى يسبب الألم، أو يختلف شخصية المريض الذى يعانى من هذا الألم وخلفيته الثقافية التى نشأ فيها<sup>(١)</sup>.

وهناك كثير من العوامل التى تؤثر أيضاً فى الاستجابة للمرض وبخاصة تلك العوامل المتصلة بالتعليم والبيئة الاجتماعية والاقتصادية للمريض، فنجد أن استجابة الفرد للألم تتأثر إلى حد بعيد بالأفراد الذين يقابلهم الفرد فى حياته وبخاصة فى مراحل الطفولة Child - Haed سواء من والديه أو المدرسة أو الرفاق فالعائلة مثلاً تلعب دور هام فى هذا التأثير الثقافى سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فالبرغم من أن الطفل يكتسب الكثير من الاتجاهات من عائلته، إلا أنه لا يقبلها ويعمل بها إلا إذا اتفقت تلك الاتجاهات مع الاتجاهات التى يعتنقها أصدقائه، فاستجابة الفرد للألم تتأثر بمراحل حياته المختلفة، وبالأفراد الذين يقابلهم فى هذه الحياة<sup>(٢)</sup>. ونستطيع حصر هذه العوامل الاجتماعية والاقتصادية التى تؤثر فى الاستجابة للمرض أو الشعور به على النحو التالى:

- أ - الاتجاهات والرغبات.
- ب - التعليم.
- ج - الدخل.
- د - المعتقدات الدينية.
- هـ - عدد أفراد الأسرة وتركيبها.
- و - العمر.
- ز - الجنس.
- ح - المكانة الاجتماعية والاقتصادية.
- س - العادات وتقاليد.
- ك - المشاكل التى تحيط بالأفراد وقدرتهم على تحمل الألم وعدم الإفصاح عنه<sup>(٣)</sup>.

(1) Darrian Apple, Op. Cit., PP. 128 - 130.

(2) Darrian Apple, Sociological Studies, Inc., New York, 1960, PP. 132 - 133.

(3) David Mechanic, Op. Cit., P. 130.

وتؤثر الثقافة على استجابة المريض للمرض وادراكه له، ولقد حاول Lyle Sannders أن يجرى العديد من الأبحاث لمعرفة أثر الاختلافات الثقافية بين الطبيب والمريض على دور كلاً منهما وعلى العلاقة بينهما، فاختلاف ثقافة المريض عن ثقافة الطبيب واختلاف توقعات المريض لدور الطبيب سوف يؤدي بدوره إلى العلاقة غير المرضية بينهما، أما احتمالات وجود رضا متبادل بينهما في هذه العلاقة فهو يحدث ويزداد إذا استطاع الطبيب أن يعرف بعض الأشياء عن ثقافة المريض، وإذا عرف المريض حدود السلوك الذي على أساسه تنهض العلاقة بينه وبين طبيبه، كما أن العلاقة أيضاً تكون مرضية حينما يحاول الطبيب تعديل بعض أفعاله لتكون ملائمة لتوقعات المريض ومحاولة تقريب ثقافته من المريض بالتعاطف معه ومحاولة فهم الثقافة التي تنتمي إليها، فالعلاقة الفاشلة التي تنشأ بين الطبيب والمريض تكون نتيجة لأخطاء واختلاف الثقافة بينهما، فأحياناً يجد الطبيب صعوبة في معالجة النساء في بعض الثقافات التقليدية، فهن يرفضن أن يفحصهن طبيب أو يعالجهن، والطبيب في هذه الحالة يستطيع التغلب على هذه الحالة يستطيع التغلب على هذه الفجوة الثقافية عن طريق نشر الوعي الصحي Health - Education وعن طريق التعليم والتعلم لكلاص من الطبيب والمريض لتقريب المسافة بينهما<sup>(١)</sup>.

ولقد طالب فن الطب من الطبيب أن يفهم كل هذه الأبعاد، وبخاصة أن الثقافة والطبقة الاجتماعية لهما تأثير على حدوث المرض حيث أنهما يؤثران على معتقدات المريض وأسباب المرض، كما أنهما يؤثران على رد فعل المريض تجاه العناية الطبية، فالتقبل الاجتماعي من المريض لأعراض المرض مرتبط إلى حد كبير بالمحتوى الثقافي، وهذا المستوى إنما يؤثر على إرادة المريض في البحث عن العناية الطبية<sup>(٢)</sup>.

ولقد أجريت الكثير من الأبحاث لمعرفة دور الثقافة في الاستجابة للمرض فنجد Zborauski يحاول دراسة رد فعل أو الاستجابة للألم في نيويورك، ولقد لاحظ أن المرضى الإيطاليين يستجيبون للمرض ويشعرون بأقل الآلام ويبالغوا

(1) Howard Freeman, Op. Cit., P. 335.

(2) Ibid., P.25.

Ex- Aggerate فى هذا الشعور بصورة عاطفية، فى حين أن الأمريكان ينكرون وجود الألم ويحاولوا ألا يشعروا به، وحينما بحث عن أسباب استجابة الايطاليون للمرض، وجد أن اتجاهاتهم هذه تعتبر عزيزية Inherent فى العائلة بالنسبة للصحة أو المرض ونتيجة أيضاً لانخفاض مستوى تعليمهم ومستوى الدخل المرتفع الذى يمكنهم من الذهاب للطبيب للنصح والارشاد<sup>(1)</sup>.

فاختلاف الثقافة من مجتمع إلى آخر إنما يؤدي بدورها إلى اختلاف اتجاهات الأفراد واستجاباتهم للألم، وهذه الاتجاهات يمكن تصنيفها إلى نوعين: اتجاهات توقع الألم Pain Expectancy واتجاهات تقبل الألم Pain Acceptance ومن الأمثلة على الألم المتوقع هو الألم المتوقع عند ولادة طفل، والألم المتوقع فى النشاطات الرياضية أو الحرب وهناك مثال يوضح الفرق بين الألم المتوقع والألم المقبول، فالألم يكون متوقع أثناء ولادة طفل، ولكن هذا يمكن أن يقبل فى دولة ولا يقبل فى دولة أخرى، حيث أنه يكون غير مقبول فى الولايات المتحدة التى تبذل قصارى جهدها من أجل تخفيف Alleviate هذا الألم، وفى ثقافات أخرى مثل بولندا نجد أن هذا الألم ليس فقط متوقع ولكنه أيضاً مقبول، كما نجد أن الثقافات التى تركز على الانجازات العسكرية Military يمكن أن تتوقع وتتقبل الآم جروح الحرب، ولكن الثقافات التى تركز على القيم المتسمة بالهدوء والتسامح نجد أنها تتوقع الألم ولكنها لا تقبله، وهناك أيضاً الكثير من العوامل الثقافية التى تؤثر فى عملية الاستجابة للمرض شدة الألم - Intensivity ومدته Duration ونوعه Quality ومعرفة دور هذه العوامل الثقافية فى خبرة الإنسان بالألم والاحساس به<sup>(2)</sup>.

ولقد حاول Mechanic ان يدرس عينة من الأمهات والأطفال لمعرفة العلاقة بين اتجاهات الألم والسلوك المرضى وبين هذه الاتجاهات والاستجابة للمرض لأطفالهم، ولقد جمع ميكانيك بيانات من كلاً من الأم والأبن كلاً على حدة فوجد أن اتجاهات الأم وأفكارهم يلعب دور أساسى فى استجابة طفلها للمرض أو عدم استجابته هو ومن نتائج التى وصل إليها أيضاً أن الذكور لا يبالغوا فى شعورهم بالمرض مثل الإناث من الأطفال، وأن الأطفال كبار السن لا يهتمون

(1) Ibid., P. 25.

(2) Darrian Apple, Op. Cit., 120.

بالمريض مثل الصغار وهذا يؤكد دور السن والجنس اللذان يلعبان دوراً هاماً في الاستجابة للمرض، وتلعب الخبرة الثقافية دوراً هاماً في الاستجابة للمرض، فإذا نظرنا إلى الآباء والأمهات في بداية انجابهم للأطفال نجد أنهم لا يملكون الخبرة الكافية لرعاية أبنائهم، ولذلك فإن أولادهم سرعان ما يمرضون، أما في انجابهم للأطفال بعد ذلك يكون لديهم من الخبرة ما يمنع حدوث المرض لأولادهم<sup>(١)</sup>.

والاستجابة للمرض تتأثر أيضاً بالأفكار والخبرات القديمة والعادات والقيم الاجتماعية وقدرة العائلة على تلقين الطفل معلومات طبية أو غير طبية، فالعائلة Family مثلاً هي الجماعة الأولى التي ينتمى إليها المريض ولذلك فهي لها تأثير عظيم على صحة المريض ومرضه، ورد فعله تجاه المرض، فهي التي تميد الأشخاص المرضى بالمساعدة الفسيولوجية والسيكولوجية لتخفيف حدة الألم والقلق، كما أنه تشجعه على طاعة الطبيب والسير على النظام العلاجي الذي يحدد له، ففن الطب يشمل معرفة الطبيب بتأثير العائلة على مرض المريض وهذا سيقوى من تأثير العلاج، برغم أن الطبيب ليس لديه الوقت الكافي ليتعامل مع كل هذه المتغيرات إلا أنه يجب أن يكون قادر على معرفة المشاكل العائلية التي تحيط بالمريض وأثرها على الصحة والمرض<sup>(٢)</sup>.

والتعليم أيضاً يعتبر أحد العوامل الهامة التي تلعب دوراً أساسياً في إحساس المريض بالألم والاستجابة له، فالمرضى الأكثر تعليماً يكون عندهم وعى صحي وأكثر معرفة بأعراض المرض وبالتالي نجد أن هذه العوامل تساعد على توقع الألم، أما المرضى الأقل في المستوى من التعليم يكونون أكثر قلقاً وبالتالي تزداد نسبة استجابتهم للألم، ومن العوامل أيضاً التي تؤثر في رد الفعل تجاه الألم هي العوامل المتصلة بوظيفة المريض Occupational Factor فالعمال اليدويون أكثر استجابة للألم من العمال المهنيون، أما صداع الرأس Headache فهو أكثر انتشاراً بين الذين يعملون بالوظائف الفكرية عن الذين يعملون بالوظائف اليدوية<sup>(٣)</sup>.

(1) David Mechanic, Op. Cit., P. 127.

(2) Howard S. Friedman, Interpersonal Issues In Health Care. Acadmic Press, New York, 1982, PP. 23 - 24.

(3) Darrian Apple, Op. Cit., P. 130.

ومن أهم العوامل التى تؤثر أيضاً فى سلوك المريض هى استجابة المريض للظروف الصعبة التى يمر بها، فإذا كان المريض شيئاً خطيراً Ctrassful فهناك من يستجيب لهذه الفكرة وهناك من يرفضها، ومن أسباب استجابة الأفراد لها التركيبة العاطفية للإنسان Emotional Component أو تعرضه لمضايقات Distress مختلفة فى حياته تجعله يستجيب للمرض ويسرع إلى البحث عن مساعدة تخلصه من الشعور بالخطر Stress وسلوك المرض وذلك عن طريق عينة من ٦٠٠ طالب فى الجهات المختلفة، فوجد أن شعور الإنسان بالخطر يجعله يسلك السلوك المرضى ويتجه إلى أخذ النصيحة من الأطباء وتقديم التسهيلات الطبية لهم، والعكس صحيح عدم شعور الإنسان بالخطر يجعله يتعد عن سلك مثل هذا السلوك كم يرى Resnstack أن من المخاطر التى تصادف الإنسان تجعله يربط بينها وبين سلوك المرض هو الصراع بين الأهداف والدوافع<sup>(١)</sup>.

كما يلعب الضغط النفسى دوراً هاماً فى سلوك المرض وفى البحث عن المساعدة، ولكن هذا بالطبع يختلف حسب نوع هذا الضغط فالضغط الشخصى Interpersonal Stress مثل الصدمات العاطفية تقود إلى السلوك المرضى وإلى البحث عن المساعدة الطبية أكثر من الضغط غير شخصى مثل الضيق المالى Finalcial Hardship فإدراك الألم لا يتوقف فقط عن طبيعة أعراض المرض، ولكن يتأثر أيضاً ببعض العوامل كوجود أو غياب الضغط أو الاجتهاد على المريض، فسلوك المريض عن بحثه عن المساعدة يحدث حينما يكون الشخص بالبحث عن المساعدة لتخلصه من الألم، وهذا البحث عن المساعدة قد يكون طبى حينما يلجأ المريض إلى الطبيب أو غير طبى حينما يتكلم المريض مع صديق له أو مع من يقوم بالصلاة<sup>(٢)</sup>.

وتعتبر شخصية الفرد من أهم العوامل التى تؤثر فى استجابتهم للأمراض، والشخصية بمعناها الواسع إنما تشير إلى أنماط الفرد المختلفة سواء ما تعلق منها بالفكر Thought أو السلوك Behavior أو مشاعر الأفراد، كما يشمل المصطلح أيضاً نموذج الإدراك Cognitive Style والمزاج وتحمل القلق وأنماط

(1) David Mechanic, Op. Cit., P. 130.

(2) Hayle Leigh, M. D., Op. Cit., P. 11.



الدفاع ومكافحة المرض، وبرغم أن لكل فرد شخصيته الفريدة والمستقلة إلا أنه من المفيد في العناية الطبية تصنيف المرض حسب نوع الشخصية لادراك مدى الاختلاف في استجابته للمرض، كما أن الأقتراب من شخصية المريض إنما تساعدنا على فهم معنى المرض كما يقوله المريض كما أنها تؤثر على معرفتنا بكيفية إنجاز المريض لدوره وامدادنا بطرق متقدمة للتفاعل مع المرضى، ولقد حاول كلاً من Bibring, Kahana عام ١٩٦٤ وصف العديد من الأنواع الشخصية للمرضى وحاولاً معرفة أثر كلاً منها على استجابة المريض للمرض وبتفاعله مع طبيب وهذه الشخصيات هي:

### ١ - المريض الاتكالي (التابع): Dependent Patient

مرض هذا النوع يحتاجون إلى زيادة طمأنينتهم Reassurance ويحتاجون إلى اهتمام خاص من أطبائهم ويرجع معظم المرضى مرضهم إلى نقص في الاهتمام من الآخرين، ويفقد مرضى هذا النوع أن الطبيب يملك القدرة على شفائه.

### ٢ - المرضى المنضبطين والمنظمين: Orderly, Controlling Patient

هذا النوع من المرضى حينما يذهب إلى الطبيب يكون بغرض العلاج وذلك يظهر في وصفهم الكامل للأعراض، وهذا النوع من المرضى يكون لديه الرغبة في التحكم في ذاته، ولذلك فهو يحتاج في البحث عن النصيحة والمساعدة من متخصص، وميزة هذا النوع من المرضى أنه يساهم في عملية العلاج وذلك بدقته في تدوين الملاحظات اليومية لأعراض المرض وتسجيلها وإعطائها للطبيب<sup>(١)</sup>.

### ٣ - المرضى العاطفيون: Emotional Patients

هذا النوع من المرضى يعتبرون أن علاقتهم بالأطباء علاقة خاصة حيث أن سلوكه يحاول فيه أن يكون جذاب Attractive ومرغوب فيه من الآخرين حتى يحصل على أكثر قدر من العناية والمساعدة، وإذا لم يجد المريض هذا الشعور من الآخرين يشتد مرضه، ولكن هذا النوع من المرضى يستجيب للعلاج إذا وجد استجابة من الطبيب وازداد من العناية به يؤكد دائماً على إعادة طمأنينه.

(1) Ibid., P. 254.

#### ٤ - المرضى المضحون : Self Sacrificing Patients

هذا النوع من المرضى مشكلة بالنسبة للأطباء، حيث أن الطبيب حينما يصف له دواء ما، فإنه لا يلبث أن يعود إليه كثير الشكوى عما قبل ويبدأ في توجيه اللوم Blame للأطباء لأنه المزيد إلى متاعبه، ويرجع هذا بالطبع إلى سوء حظه وهم يحملون الأطباء نوع من الذنب لأنه أضاف إليه المزيد من المتاعب وهذا المريض سرعان التنقل من طبيب إلى آخر.

#### ٥ - المرضى النزاعين إلى الشك : Suspicious Patients

يوجه هذا النوع من المرضى اللوم إلى الآخرين واتهامهم بأنهم سبب مرضهم، وذلك فإن هذا النوع لا يتمتع بدور المريض، فاعتماده على الأطباء تزود من شعورهم بالحساسية، وبرغم أنهم يرون أن حالة المرض غير مرغوب فيها، إلا أنهم لا يستطيعون الثقة في الأطباء ثقة كاملة للتعاون معهم، وهناك طريقة سليمة للتعامل مع هؤلاء المرضى وهو أن يكون الطبيب حيادي في الاهتمام بشكوكهم ونقدتهم ولا يحاول أن يثيرهم أو يتناقش معهم، أما طبيعة علاج هذا المرض فلا تتمثل فقط في نقص الشك لديهم ولكن أيضاً في انخفاض شكواهم بزيادة الاعتناء بهم<sup>(١)</sup>.

وهناك عوامل عامة تساعد على سرعة استجابة الإنسان للمرض وتأثره به ومن هذه العوامل:

#### ١ - إمكانية إدراك رؤية الأعراض:

##### Visibility and Percepture of Symptons:

يرى بعض الباحثين وعلى رأسهم Ruth Coldson أن قدرة المريض على معرفة ورؤية وإدراك بعض الأعراض التي يعاني منها تجعله يستجيب لهذه الأعراض بسهولة، ومن هذه الأعراض مثلاً احساس المريض بالصداع Headache، وهناك كثير من الأمراض التي يكتشف المريض أعراضها متأخراً مثل سرطان الجلد أو الرئة أو سرطان المعدة Gastric هذه الحالات من المرض يتعذر على المريض إدراكها أو الشعور بألم نتيجة لها، وبالتالي لا يستجيب لهذه الأعراض كما الحال في كثير من الأمراض.

(1) Ibid., PP.235 - 259.

## ٢ - قدرة المريض على تقدير مدى خطورة المرض:

### The Percieve Seriousness of Symptoms:

ثان العوامل التي تساعد على سرعة استجابة المريض لمرضه هي قدرة المريض على ادراك مدى خطورة اعراض التي يعاني منها، فإذا أحس المريض بدرجة خطورة أعراضه فإنه يستجيب لها ويسرع إلى البحث عن المساعدة الطبية للتخلص منه والعكس صحيح إذ لم يشعر المريض بدرجة خطورة أعراضه فإنه لا يستجيب لها ولا يبحث عن المساعدة الطبية للقضاء عليها<sup>(١)</sup>.

## ٣ - تأثير الأعراض على النشاط الاجتماعي للمريض :

### Symptoms Effect On Social Activities:

من العوامل الأساسية التي تؤثر في سرعة المريض للمرض تأثير أعراض هذا المرض على حياته بوجه عام سواء كان هذا التأثير على أسرته أو عمله أو أى نشاط اجتماعي آخر يمارسه، فحينما يشعر المريض أن هذه الأعراض سوف تؤثر على أى جانب من جوانب حياته بوجه عام سواء كالتأثير على أسرته أو عمله أو أى نشاط اجتماعي آخر يمارسه، فحينما يشعر المريض أن هذه الأعراض سوف تؤثر على أى جانب من جوانب حياته يستجيب لهذه الأعراض ويسرع إلى الذهاب للطبيب لإعطائه علاج يستطيع به أن يمارس حياته كما كانت.

## ٤ - تكرار ظهور أعراض المرض:

### The Frequency of Appearance of Symptoms.

وهناك عامل آخر يساعد على سرعة استجابة المريض للمرض وإسراعه إلى البحث عن العناية الطبية اللازمة وهو تكرار الأعراض من فترة إلى فترة، وهذا التكرار يؤدي إلى سرعة لجؤ المريض إلى الطبيب لكي يتخلى من عودة الأعراض مرة أخرى.

(1) David Mechanic, Op. Cit., P. 143.

٥ - قدرة المريض على تحمل الأعراض:

**The Ability Of Patient To Tolerance The Symptons.**

أما عدم تحمل المريض للمرض فهو من أهم التي تساعد على سرعة استجابة المريض للمرض والتجاوزه إلى الطبيب، لأن قدرة المريض على تحمل الأعراض وتجاهلها Ignored من شأنه أن يقلل من الاستجابة لأعراض المرض<sup>(١)</sup>.

٦ - تنافس الحاجات مع الاستجابة للمرض:

**Needs Competing With Illness Response**

تتوقف استجابة المريض للمرض أو عدم استجابته له على معرفة الحاجات الأساسية للإنسان، فإذا شعر الإنسان ببعض أعراض مرضية ولكنه فى ذات الوقت لا يملك المال الذى يمكنه من العلاج فإنه لا يستجيب لهذا المرض لأن هناك حاجات أحق من أن يصرف فيها المال من العلاج، فالحاجة إذن تلعب دور أساسى فى الاستجابة أو عدم الاستجابة للمرض<sup>(٢)</sup>.

**رابعاً - العوامل التى تسهم فى عدم طاعة المريض وتعاونيه مع الطبيب:**

برغم اختلافات التعريفات واجراءات القياس لطاعة المريض وتعاونيه مع الطبيب، إلا أن جميع الأبحاث التى اهتمت بهذا الموضوع أكدت على أن عدم طاعة المريض Noncompliance تعنى: فشل المريض فى تتبع نصائح الطبيب Fail of Follow the advice، وتؤكد على أن هذه الظاهرة إنما تؤدي إلى تهديد Threaten طرق النجاح التى يتبعها الطبيب من أجل العلاج وذلك للأسباب الآتية:

أولاً - أنها تعمل على تمزيق Disrupts وانكار كل الخدمات العلاجية والوقائية التى يمكن أن تقدم للمريض.

ثانياً - أنها تؤدي إلى عدم اهتمام المريض باجراءات التشخيص والعلاج مما يؤدي إلى نتائج خطيرة.

ثالثاً - أنها تؤثر على العلاقة بين الطبيب والمريض.

رابعاً - أنها يكون لها تأثير سلبى على فهم المريض للخدمات التى تقدم إليه وذلك بأنها تؤدي إلى عدم ارضائه عن توزيع الخدمات الصحية.

(1) Ibid., PP. 143 - 150.

(2) Ibid., P. 152.

خامساً - أنها تؤثر على قدرة الطبيب في معرفة وتقييم نوعية الخدمات التي تقدم للمرضى.

سادساً - أن المريض غير المطيع ليس له سمات ظاهرة يمكن للطبيب التعرف عليها وتميزه عن غيره من المرضى المطيعين، وهذا يؤدي إلى عدم مقدرة الطبيب على التنبؤ بأحواله.

سابعاً - أن هذه الظاهرة إنما تؤدي إلى وصول المجتمع إلى حالة من الاحباط بالنسبة للخدمات العلاجية والطبية التي تقدم للمرض<sup>(١)</sup>.

كما يطلق على فشل المريض في متابعة توصيات **Recommandation** الطبيب أو الاعتناء بالصحة اسم نقص التعاون **Jack Of Coopertion** أو عدم الطاعة، كلاهما يشير إلى فشل المريض تنفيذ **Carry Out** توصيات المتخصص الصحي، وعدم تعاون المريض يحدث في أشكال كثيرة ويترك متوعة، فغالباً ما يفشل المريض في التعاون مع النظام العلاجي نتيجة لنياسانه مثلاً عدد الجرعات من المفروض أخذها من الدواء، ولذلك نحن نرى أن عدم الطاعة أو نقص تعاون المريض مع الطبيب إنما يرجع في كثير من الأحيان إلى نقص في فهم المريض، فلكي يستطيع المريض تنفيذ توصيات الطبيب بشأن أخذ دواء سواء في كمية الجرعات أو المدة أو المكان فهذا يحتاج أولاً إلى فهم المريض لكل هذه التعليمات، كما يرجع عدم تعاون المريض مع الطبيب في تنفيذ العلاج إلى عدم رغبة المريض في تغيير نمط حياته، فتوصيات الطبيب للمريض بتغيير وجبات الغذاء **Diet** أو قيامه بعمل تمرينات رياضية أو تجنبه للتدخين، كل هذه التوصيات تتطلب منه تغيير في نمط الحياة الذي اعتاد عليه وكثيراً ما يجد المريض نفسه ليس لديه الرغبة في تغيير هذا النمط<sup>(٢)</sup>. ونظراً لأن كثير من الأطباء ليس لديهم معلومات كافية عن أسباب نقص تعاون المريض مع الطبيب أو مع النظام العلاجي وذلك لاعتقادهم أن عدم تعاون المريض مع الطبيب يحدث فقط في أثناء جلوس المريض في العيادة ولكنه يرى أن المريض يتعاون تماماً مع العلاج، وهذه غير الحقيقة حيث أن عدم التعاون يكون مقصوراً على المرضى غير المتعلمين **Uneducated** أو الذين ينتمون إلى

(1) Stuart J. Cahen, New Directions In Patient Compliance, Lex - Ington Books, New York, 1979, PP. 1 - 2.

(2) M. Robin Dimattea, Op. Cit., PP. 37 - 38.



طبقات الاجتماعية الدنيا Law So - Cial Class، وإلى نقص المعرفة لديهم أو عدم الفهم لنظام العلاج<sup>(١)</sup>.

### خامساً - علاقة دور المريض بتصوير الانحراف الاجتماعى:

إذا حاولنا معرفة العلاقة بين دور المريض وتصوير الانحراف الاجتماعى Social Deviance سوف نجد أن هذا التصور مرتبط أصلاً بدور المرض وخاصة إذا كانت أعراض هذا المرض ذات صلة الجانب النفسى Psychic حيث يصبح حينئذ وظائف العلاج بمثابة وسائل تحقيق الضبط الاجتماعى Social Control، ولذلك فى تحليلنا لدور المريض يجب التمييز بين حالة المرض ودور المريض فى تفاعله مع عوامل العلاج، حيث أن بعض العامل العلاجى يعتبر وظيفته الأساسية تحقيق الضبط الاجتماعى، بالإضافة إلى دورها الأساسى فى شفاء المريض Recovery of the Patient ولقد حاول Eugene Gallagher تحديد تصور الصحة والمرض بعد ربطهما بتصوير الضبط الاجتماعى فوجد أن المرض حالة تؤدي إلى تلف أو ضعف Impair فى الجسم الإنسانى بدرجات مختلفة وأن مقدرة الشخص المريض فى أن تؤدي دوره تختلف هذا الضعف من ناحية وباختلاف المقدرة من ناحية أخرى، فإعفاء الشخص مريض من مسؤولياته اليومية إنما هى نوع من عدم المقدرة<sup>(٢)</sup>.

فسلوك المريض سواء كان سلوكاً جيداً أو سيئاً فهو ينشأ من فقدان الضبط من خبرات المريض وتجاربه، فكل رد فعل من ردود فعل المريض تجاه المرض يمكن النظر إليها باعتبارها فقدان الضبط يؤدي إلى السلوك السيئ فلكى نعمل على تطوير دور المريض وتحاشى أى سلبية به يجب حل مشكلة فقدان الضبط أولاً، فمثلاً نجد أن قيود المستشفى يمكن أن تؤدي إلى سلوك المريض السيئ وهنا يجب علينا اقناع المريض بقبول مثل هذه القيود ونسهل له كيفية التوافق معها، فالنماذج السوسيولوجية التى حللت سلوك المريض بدأت من اللحظة الوظيفية والبنائية للمستشفى وأهملت الجوانب السيكولوجية للمريض، حيث أن هذه الجوانب لا تساعدنا فقط فى التنبؤ بسلوك المريض ولكن أيضاً فى تحديد أسباب

(1) Ibid., P. 44.

(2) Talcott Parsons, Health And Society, Op. P. 259.

المرض ونتائجه، حيث أن سلوك المريض سواء كان جيد أو سيئ ينبع من فقدان الضبط وتحكم المريض في ذاته<sup>(١)</sup>.

فمن وجهة النظر السوسيولوجية نجد أن المريض ما هو إلا شخص منحرف Drviant Individual وأن هذا الانحراف أوضح في المرض العقلي عن المرض النفسي، وأن كلمة الانحراف تأتي من عدم مقدرة المريض انجاز أدواره الاجتماعية والتي من المفروض أن يقوم بها، وأن المجتمع فسر ذلك بأن هذا الدور غير مرغوب فيه وأنه وقتي ولا بد وأن يزول المرض، ولقد حاول بارسونز تحليل دور المريض Sick Role بالمعنى الاجتماعي لموقف المريض ولاحظ أنه في المجتمع العقلانية والصناعية يكون دور المريض منظم ومحدد ويصبح الشخص المريض في حاجة إلى المساعدة Needing Help وهو مجبر على قبول هذه المساعدة والتعاون مع العناصر العلاجية، أما إذا نظرنا إلى المجتمعات التي بها درجة عالية من الأدوار المعقدة نجد أن المريض يقع تحت ضغط شديد قدرته وصحته<sup>(٢)</sup>.

فتصور بارسونز عن دور المريض عام ١٩٥١ إنما يمثل مدخل في تفسير سمات السلوك الشخصي للمريض في المجتمعات الغربية، فهذا التصور إنما يركز على ادعاء بأن الشخص المريض لا يكون معتمد اختيار مثل هذا الدور Deliberate، حيث أن المرض يمكن أن يحدث نتيجة تعرض الفرد للعدوى Infection في الوقت الذي نجد فيه مرتكبي الجريمة يبدسون Violate المعايير الاجتماعية بمحض إرادتهم، نجد على العكس من ذلك الشخص المريض نعتبره منحرف فقط لأنه لا يستطيع المساعدة وأنه غير قادر على القيام بمسؤولياته الاجتماعية الطبيعية، ولذلك نجد أن المجتمع يرى أن هناك تمييزين أدوار المنحرف، حيث أن الشخص الذي يرتكب جريمة يتعرض للعقاب، أما الشخص المريض والذي نعتبره المجتمع منحرف فإنه نتيجة لذلك يقدم له العناية الطبية من أجل شفائه من المرض، فالعقاب وأخذ العلاج وسيلتين يلجأ إليهما المجتمع من أجل خفض نسب الانحرافات به، وتخفيض الحالات التي من شأنها تعرض المعايير الاجتماعية للتهديد، كما أن كل نوع من هذين النوعين من الانحراف يحتاج إلى

(1) Howard S. Friedman, Op. Cit., P.232.

(2) Ibid., P. 321.

قوة اجتماعية تعمل على ردعه والتحكم فيه، ففي الحالة الثانية تحتاج إلى الطب  
Medicine<sup>(1)</sup>.

كما اعتبر بارسونز أن المرض خلل وظيفى Dysfunctional لأنه يمثل أسلوب من أساليب الاستجابة للضغط الاجتماعى والسماح للمريض بالتهرب أو التخلي Evasion عن مسؤولياته الاجتماعية ونظراً لأن المريض يعفى من التزاماته الطبيعية ولذلك على الطبيب أن يكون الآله التى يستخدمها النسق الاجتماعى لضبط ومحاولة الارجاع بالمريض إلى حالة الطبيعة كلما أمكن ذلك<sup>(2)</sup>.

(1) William C. Cackerham, Op. P. 92.

(2) Ibid., P. 92.

**الفصل الرابع**  
**دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي**  
**لدى المريض**





## مقدمة :

ليس هدف التثقيف الصحى نشر المعلومات الصحية وتوزيعها على الناس، وإنما هدفه مساعدة الناس أفراداً وجماعات على الاستفادة من المعلومات والحقائق الصحية وتطبيقها فى واقع حياتهم وتحويلها إلى ميول وأنماط مستحبة من السلوك الصحى القويم بحيث تصبح جزءاً من حياة الإنسان ونظام معيشته ... ومشكلة التثقيف الصحى ليست مشكلة نقص فى معلوماتنا الصحية وإنما فى كيفية نقل هذه المعلومات إلى سكان المجتمع وفى جعلهم يتقبلونها فتصبح جزءاً من حياتهم<sup>(١)</sup>.

فالمستوى الصحى لسكان أى مجتمع لا تقاس بالخدمات التى تقدمها وزارة الصحة وإنما تقاس بدرجة الوعى الصحى الذى يتمتع به أفراد ذلك المجتمع، فالتثقيف الصحى يخلق الوعى الصحى وينميه ويساعد الفرد على تمييز الأمور المتعلقة بصحته وعلى مواجهتها مواجهة سليمة<sup>(٢)</sup>.

ولذا فإن البحث يركز على التثقيف الصحى وعلى دور الطبيب فى تنمية الوعى الصحى لدى المريض والعوامل التى تساعد على القيام بهذا الدور - والعوامل التى تعوقه عن القيام به.

ويعتبر دور الطبيب من الأدوار الهامة نظراً لأنه يحتوى على جانبين أساسيين، الجانب الأول هو الجانب الطبى المتخصص أما الجانب الثانى هو الجانب الاجتماعى، ويحتوى دور الطبيب على قيم ومعايير وأخلاقيات تملى على الطبيب القيام بواجبه وأدائه لدوره وتكون بمثابة قوانين يحترمها وينفذها، ويرتبط دور الطبيب ارتباطاً تاماً بدور المريض ولذا لابد من استغلال هذا الدور فى تنمية الوعى الصحى لدى المريض.

وبرغم أن مسألة تنمية الوعى الصحى مسئولية كل من الطبيب والمريض معاً، إلا أن عمل الطبيب توفر له مجالاً كبيراً لتعليم المرضى والأصحاء بينما هو

(١) أمين عبد الحليم خليل، أسس ممارسة التربية الصحية، بنغازى ليبيا، ١٩٦٢، ص ١٩.

(٢) المرجع السابق، ص ٢٢.

يمارس مهنته كطبيب معالج، فالطبيب يقوم بهذا الثقيف كجزء لا يتجزأ من عملية العلاج والطبيب يحث نفسه مضطراً أن يقوم بالثقيف لإكمال عملية العلاج سواء كان يحسن القيام به أو لا يحسن وسواء كان يدرك ذلك أم لا.

فالمريض إنسان وهذا الإنسان ينتمى إلى جماعة وهو أيضاً عضو فى المجتمع يؤمن بتقاليده ويتطبع بطباعه، أنه ناقل للتراث الاجتماعى وأن له عادات وممارسات وأنماط من السلوك ذات صلة مباشرة بصحته، أن الطبيب الذى ينظر إلى المريض على أنه حالة مرضية لا يمكنه أن يفهم المريض وقد يتعذر عليه أن يساعده وأن تدخل الطبيب لمعالجة المريض هو تدخل فنى مصحوباً بفرض التدخل الثقيفى أيضاً، إن الطبيب لا يشخص المرض أو يصف الدواء فحسب بل يقوم بتعليم المريض وأسرتة سبب المرض وطبيعته وعن الإجراءات الواجب اتخاذها والنظام الواجب اتباعه لمكافحة المرض أو لمنعه عن باقى أفراد الأسرة وغيرهم<sup>(١)</sup>.

ولكن المشكلة التى تواجه الطبيب هي:

هل يستطيع الطبيب أن يفهم المريض الذى يحاول نصحه وإرشاده؟ وهل يستطيع الطبيب أن ينتزع الثقة من مريضه وأن ينقل تعاليمه للمريض بطريقة تناسب مع عقلية ذلك المريض ومع ظروفه ونظام حياته ومستوى تعليمه ومهنته؟ وإذا كان الطبيب يقوم بالثقيف الصحى كجزء من طبيعة عمله وطبيعة عمله توفر له الفرصة الدائمة للثقيف فهل الطبيب يستفاد من هذه الفرصة ويحاول استغلالها بالطرق المناسبة؟ وهل يتوفر للطبيب تدريب فى الثقيف الصحى يتناسب مع طبيعة الدور الذى يؤديه بالنسبة للعمل الصحى ويكون هذا التدريب جزءاً من برنامج تدريبيه الطبى وهو طالب فى كلية الطب، وهل تكمل النقابة برنامج هذا التدريب؟ ما مدى اهتمام الطبيب بفن الاتصال بالمرضى وكيفية بناء علاقة إنسانية سليمة؟ وما مدى اهتمام الطبيب بمعرفة الجوانب الاجتماعية المحيطة بالمريض وعلاقة ذلك بالصحة والمرض.

ولقد أسهم الهدف الأساسى للبحث وهو معرفة دور الطبيب فى تنمية الوعي الصحى لدى المريض وما يتبع هذا الهدف من تساؤلات إلى تحديد طابع بحثنا الحالى

(١) مرجع سابق، ص ٢٤.

## دور الطبيب فى تنمية الوعى الصحى لدى مريض

وتعين معالم المنهج الذى اعتمدت الباحثة عليه، حيث أدى اهتمام البحث بالتعرف على الواقع الفعلى لدور الطبيب فى تنمية وعى المريض صحياً إلى اكتساب البحث الطابع الوصفى كما تحددت فى ضوء هذا الهدف مجموعة من الوسائل المنهجية منها:

١ - تحليل الوثائق والسجلات والبيانات الجاهزة للتعرف على برنامج التعليم الطبى داخل كليات الطب وبيانات خاصة بالنقابة لمعرفة اسهامها فى تدعيم دور الطبيب.

٢ - المسح الاجتماعى بالعينة لمجموعة من الأطباء بلغ عددهم (٤٠ مفردة) ورعى فى اختيارها أن تكون متنوعة ومن شتى الأقسام العلاجية لبعض المستشفيات (العامة) بمدينة الإسكندرية وكان من أهم خصائص العينة ما يأتى:

أ - شملت العينة الذكور والإناث معاً من الأطباء برغم أن نسبة الأطباء الذكور بلغت ٨٠٪ فى حين بلغت نسبة الإناث ٢٠٪.

المتغيرات	التكرار	النسبة
ذكر	٣٢	٨٠
أنثى	٨	٢٠
المجموع	٤٠	٪١٠٠

ب - فيما يتعلق بشق الطبيب فقد كانت معظم العينة من الأطباء والشبان الذين تزواج أعمارهم ما بين ٢٥ - ٣٠ حيث بلغت نسبتهم ٤٧,٥٪ أما الأطباء الذين تزوج أعمارهم ما بين ٤٥ - ٥٠ فقد بلغت ٥٪ فقط.

المتغيرات	التكرار	النسبة
أقل من ٢٥	٤	١٠
٢٥ - ٣٠	١٩	٤٧,٥
٣٠ - ٣٥	١٤	٣٥
٣٥ - ٤٠	-	-
٤٠ - ٤٥	١	٢,٥
٤٥ - ٥٠	٢	٥
٥٠ فأكثر	-	-
المجموع	٤٠	٪١٠٠

ج - فيما يتعلق بتحديد تخصصات الأطباء فقد شملت عينة البحث جميع التخصصات العلاجية.

المتغيرات	التكرار	النسبة
باطنة	٧	١٧,٥
صدر	-	-
أطفال	٤	١٠
نساء وتوليد	١	٢,٥
جراحة	٢٢	٥٥
مسالك بولية	-	-
عيون	-	-
قلب	-	-
أمراض جلدية	٦	١٥
المجموع	٤٠	%١٠٠

د - أما سنة التخرج والتي تحدد خبرة الطبيب فقد كانت معظم العينة من الأطباء حديثى التخرج فقد بلغت نسبتهم ٧٢,٥% أما الأطباء الذين تخرجوا ما بين ١٩٥٠ - ١٩٦٠ فقد كانت نسبة قليلة بلغت ٥% فقط.

المتغيرات	التكرار	النسبة
١٩٥٠-١٩٦٠	٢	٥
١٩٦٠-١٩٧٠	١	٢,٥
١٩٧٠-١٩٨٠	٨	٢٠
١٩٨٠-١٩٩٠	٢٩	٧٢,٥
المجموع	٤٠	%١٠٠

هـ - وأخيراً نجد أن معظم الأطباء في هذه العينة كان محل ميلادهم الإسكندرية ذاتها حيث بلغت نسبتهم ٩٥% فى حين نجد أن الأطباء الذين وفدوا إليها من المراكز والقرى المجاورة حوالى ٢,٥%.

المتغيرات	التكرار	النسبة
قرية	٢	٥
مركز	١	٢,٥
مدينة	٣٧	٩٥,٥
المجموع	٤٠	%١٠٠

٣ - ولقد استخدم في جمع البيانات أداة المقابلة وكانت هناك دليل المقابلة لجعل المقابلة مقننة إلى حد ما وهذا الدليل كان يدور حول عدة نقاط رئيسية منها:

- أ - بيانات أولية خاصة بالطبيب من حيث:  
السن - النوع - التخصص - مدة الخبرة - محل الإقامة.
- ب - بيانات تتعلق بالدور الذي يمكن أن يلعبه الطبيب لتنمية الوعي الصحي للمريض. وفي أي تخصص يظهر هذا الدور بوضوح ولماذا؟
- ج - العوامل التي تساعد الطبيب على القيام بهذا الدور مركزين على التعليم الطبي - النقابة.
- د - المعوقات الوظيفية التي تعوق الطبيب بهذا الدور:
  - مشكلات التعليم الطبي.
  - مشكلة استخدام اللغة الأجنبية.
  - مشكلة عجز النقابة عن القيام بدورها.
  - مشكلة عجز الطبيب على الاتصال الفعال بمريض.
- هـ - كيفية مواجهة مثل هذه العقبات:
  - من جانب الطبيب.
  - من جانب المجتمع.

هذا وقد انطلقت الباحثة من الاتجاه البنائي الوظيفي كموجه نظري لها في توجيه هذا البحث مركزة بذلك على فكرة الدور، والعوامل التي تحافظ على ثبات هذا الدور مثل التعليم الطبي والنقابة، ثم دراسة العوامل التي تعوق الطبيب وظيفياً عن أداء دوره.

وبعد إنتهاء الباحثة من جمع البيانات الميدانية قامت بتحليلها كمياً وكيفياً لتقديم صورة واضحة لدور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.

#### موضوع البحث:

إذا نظرنا إلى أي وحدة علاجية داخل النسق العلاجي في مدينة الإسكندرية نجد أنها إذا أرادت الاستمرار عليها بالتغلب على أربعة مشاكل أساسية ولقد



أطلق بارسونز على هذه المشكلات أسم «الملزمات الوظيفية» وهذه المشكلات الأربعة هى التكيف، انجاز الهدف، المحافظة على التوازن، التكامل.

ويعتبر «عدم توافر الوعي الصحى» لدى المريض من أهم المعوقات الوظيفية فى هذا المجال حيث أنه يؤدى إلى عدم استقرار النسق العلاجى ويعتبر «التعليم» أحد العوامل الهامة التى تلعب دوراً أساسياً فى توافر الوعي الصحى لدى المريض وفى زيادة خبراته ومعلوماته التى يتلقاها من طبيبه، فالمرضى الأكثر تعليماً يتمتعون بالوعي الصحى ويكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض وطرق تنفيذ العلاج، كما أن مستوى تعليم المريض يؤثر فى علاقته بطيبه أولاً وعلى تقبله أو عدم تقبله لنظام العلاج ثانياً، ومن الملاحظ يكون معظمهم من الأميين حيث أن المريض الأمى ليست لديه أدنى معرفة عن طبيعة جسمه وبالتالى عن النظام العلاجى الذى يلائمه ولذلك فإنه يوافق على كل ما يكتب أو يقوله الطبيب بإعتباره المسئول الأول عن شفائه من مرضه، بعكس المريض ذو المستوى التعليمى المرتفع فإنه يكون على علم بما يشعر به وبما يلائمه من علاج وبالتالى فإنه يعترض أحياناً إذا أحس أن نظام العلاج المفروض عليه غير مناسب أو أنه سوف يسبب له مشاكل، كما أنه يكون ذو مقدرة على اقناع الطبيب إذا كان على حق فيما يريده وعلى ذلك فالحوار دائماً مفتوح بينه وبين طبيبه.

كما أن المريض الأمى غالباً ما تقابله صعوبات كثيرة أثناء تحدّثه مع طبيبه ومن هذه الصعوبات:

- ١ - عدم قدرة المريض على توضيح حالته المرضية لطيبه المعالج لافتقاره إلى أى خلفية عن نوع المرض وإعراضه ومضاعباته.
- ٢ - عدم قدرة المريض على فهم ما يقوله الطبيب سواء ما يتعلق منها بتشخيص المرض أو طرق العلاج.

ويؤكد الأطباء هذه النتيجة فى توضيحهم لدور التعليم فى توافر الوعي الصحى لدى المريض وبالتالى فى قيام الحوار بينهما أثناء الاستشارة حيث أن المستوى التعليمى للمريض هو الذى يحدد طريقة تعامله معه أثناء الاستشارة فالطبيب الذى يلاحظ أن مستوى تعليم المريض الذى أمامه منخفض غالباً ما يشخص مرضه ويصف علاجه ويطلب منه اتباع تعليماته بدقة، بينما نجد

عكس ذلك تماماً حينما يشعر الطبيب أن المريض ذا المستوى التعليم المرتفع فإنه غالباً ما يبنى تشخيصه للمرض بناء على قول المريض وتفسيره للأعراض، كما أنه يرى المريض فيما يناسبه من أسلوب العلاج.

كما أكد الأطباء أيضاً على أن هناك علاقة بين «مهنة المبحوث» وموافقته أو عدم موافقته على أسلوب العلاج فالمرضى الذين يوافقون على نظام العلاج وأسلوبه ترتفع بين أصحاب المهن المتدنية عن أصحاب المهن الفكرية، إذ أن أصحاب هذه المهن الأخيرة غالباً ما يتمتعون بالوعي الصحي الكامل وبالتالي فالحوار مفتوح دائماً بين المريض وبين طبيبه حول تشخيص المرض وأسلوب العلاج وتعديله بما يلائمه وغالباً ما يكون التعليم هو المحدد الأول لنوع المهنة التي يمارسها الفرد حيث نجد أن العامل الزراعي أو الحرفي إما أمي أو على مستوى منخفض من التعليم وبالتالي لا يتوافر لديه الوعي الصحي عن طبيعة مرضه وعلاجه بعكس أصحاب المهن الفكرية أو الموظفين الذين يتمتعون بمستوى أرقى من التعليم ويتوفر لديهم الوعي الصحي ويمكنه من عقد حوار متبادل مع طبيبه فالتعليم والمهنة يمكن اعتبارهما مؤشرين لتوافر أو عدم توافر الوعي الصحي لدى المريض.

وإذا كان التكيف يعني أن النسق العلاجي ينبغي أن يحقق الحاجات الطبيعية لأعضائه إذا كان عليه أن يستمر فإن شعور المريض بأنه حالة إنسانية وليس حالة مرضية أمر ضروري وطبيعي لا بد من توافره، لذا فإن النسق العلاجي يستطيع تحقيق هذه الحالة للمرضى «من خلال الأطباء» حيث تقع على عاتقهم هذه المسؤولية، فمحاولة الطبيب للمريض كحالة إنسانية وقدرته على تفسير الحالة المرضية له بأسلوب مبسط يستطيع تفهمه واستيعابه إنما يؤدي إلى:

أ - زيادة معرفة المريض ووعيه الصحي الذي يجنبه أي مرض ويحفزه على تنفيذ العلاج بدقة مما يساهم في سرعة الشفاء.

ب - أنه يساعد بذلك على تدعيم العلاقة بينه وبين مرضاه وجعل الحوار مفتوح بينهما.

وبهذه المسؤولية التي تقع على عاتق الطبيب يستطيع أن يحقق حاجات المريض الطبيعية وهي شعوره بإنسانيته وبالتالي تساعد على عقد حوار مفتوح بينهما مما يؤدي إلى زيادة وعي المريض.

فغالباً ما ننظر إلى عدم توافر الوعى الصحى لدى المريض باعتباره عامل معوق داخل النسق العلاجى نظراً لما يترتب عليه من آثار سلبية تهدد النسق وتمثل هذه الآثار السلبية فى عدم فهم المريض لكل ما يقال له نتيجة نقص معلوماته الطبيه، كما يتمثل فى عدم قدرة المريض على توضيح حالته المرضية لطبيه المعالج وإذا كان على النسق العلاجى تحقيق الحاجات الطبيعية لأفراده كتوفير الغذاء والمأوى كحد أدنى لتلك الحاجات فإن شعور المريض بآدميته يعد حقاً طبيعياً ينبغى أن يشعر به المريض، ويستطيع النسق العلاجى تحقيق هذه الحاجة الطبيعية لأفراده «من خلال الأطباء» فالطبيب المزود بخبرة علمية وشخصية يكون على علم بكيفية معاملة المريض كإنسان، ويكون قادراً على إتاحة الفرصة له لإبداء رأى وتبادل الحديث والمعلومات للتعرف على كل ما يحيط به من مشاكل وبهذه الطريقة وبالإضافة إلى المعلومات التى يحصل عليها المريض من طبيبه سيزداد وعيه الصحى وتزداد خبرته ومعلوماته عن طبيعة المرض وأسلوب علاجه وبالتالي أسلوب الوقاية منه.

#### جدول يوضح الدور الذى يمكن أن يقوم به الطبيب من أجل تنمية الوعى الصحى للمريض

المتغيرات	التكرار	النسبة
جعل الحوار مفتوح	٢٠	٢٣,٨
إقامة علاقة إنسانية سليمة	١٨	٢١,٤
التعرف على بيئة المريض	١١	١٣,١
كسب ثقة المريض	٣٥	٤١,٧
المجموع	٨٤	١٠٠٪

كما يجب على الأطباء فى هذه الحالة جعل الاتصال مفتوحاً بينهم وبين مرضاهم وهذا يعنى ألا يكون الطبيب هو المتحدث الوحيد أثناء الاستشارة ولكن عليه إتاحة الفرصة للمريض للتحدث عن مرضه بحرية وتلقائية وباللغة التى يألّفها والطبيب بهذه الطريقة ينمى وعى المريض صحياً من ناحية ويضمن قادراً من التعاون من ناحية أخرى.

### جدول يوضح الطريقة التى بها يستطيع الطبيب

أن ينمى الوعى الصحى لدى مريضه ويضمن تعاونه معه

المتغيرات	التكرار	النسبة
المحافظة على أسرار المريض	٣٣	٢٠,٤
كسب ثقة المريض	٣٤	٢٠,٩
الأمانة العلمية	٣٢	١٩,٨
الإطلاع على كل ما هو جديد فى الطب	٣٠	١٨,٥
معاملة المريض كإنسان	٣٣	٢٠,٤
المجموع	١٦٢	٪١٠٠

وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التى توصل إليها اشيسون Acheson حينما رأى أن انتشار الوعى الصحى بين المرضى فى المجتمعات سوف يساعد على حل مشكلة التكيف وسهولة اتصال الطبيب بالمريض وتقارب وجهات النظر بينهما وتوقع سلامة دور كل منهما<sup>(١)</sup>.

وهناك العديد من العوامل التى يمكن أن تساهم فى تدعيم دور الطبيب فى تنمية الوعى الصحى لدى المريض وبرغم ما يشوبها أحياناً من ثغرات قد تقف عائقاً يعوق الطبيب عن القيام بهذا الدور إلا أننا إذا استطعنا استغلالها استغلالاً سليماً سوف تساهم فى ثبات هذا الدور المتوقع منه ومن هذه العوامل:

#### أ - التعليم الطبى:

يجب أن ندرك على الفور أنه لا توجد توليفة مثلى من التعليم الطبى بقدر ما لا توجد توليفة مثلى من الخدمات الصحية فكل بلد له متطلباته. الخاصة التى تتأثر وتشكل بتاريخه الماضى وبمحاضره الاجتماعى والاقتصادى. فالتدريب الذى يتلقاه معظم الأطباء يجب أن يتناسب مع احتياجات الرعاية الصحية ويوجه التركيز نحو الناس ومشكلاتهم أكثر مما يوجه إلى المرض نفسه ... وفى هذه الحالة يجب أن

(1) Roy M. Acheson and Others, Semmars in Community medi - cine, Oxford Unviersity Press, London, 1970 P: 40.

تكفل الأهداف التعليمية تزويد الخريجين بالمعارف والمهارات اللازمة لحفظ وتحسين صحة المرضى بناء على دراسة مشكلاته الاجتماعية<sup>(١)</sup>.

فالتعليم الطبى يجب أن يساهم فى إعداد الطبيب اجتماعياً ويكسبه قدرًا من الدوافع التى تمكنه من انجاز عمله، ويكون بالنسبة للطبيب بمثابة وسيلة لإمداده بالخبرات المتنوعة التى تساعد على التفاعل بينه وبين مرضاه بطريقة يحافظ بها على آدمية هؤلاء المرضى وتنمية وعيهم الصحى، ولقد استطاع التعليم الطبى أن يحقق هذا الهدف وذلك من خلال اهتمامه بالتطور وتعاون القائمين بالتعليم الطبى مع المهارات المختلفة فى العلوم الإنسانية لزيادة معرفة الطبيب بالمرضى من الناحيتين الفسيولوجية والاجتماعية<sup>(٢)</sup>.

إذا ألقينا نظرة فاحصة على نوع التعليم الطبى الذى يتلقاه اليوم الطبيب خلال السنوات الست التى يقضيها فى الدراسة سوف نجد أن النمط العام للتعليم الطبى فى معظم كليات الطب فى العالم لا يختلف كثيراً عما كان عليه منذ نصف قرن وقد أحرزت العلوم والتكنولوجيا الطبية تقدماً كبيراً فى هذه الفترة وكان تركيز التعليم الطبى بصورة رئيسية على النواحي الفنية للطب فأهمل إلى حد بعيد جوانبه الاجتماعية ... أما فى الوقت الحالى فإن أول أربع سنوات من السنوات الست فى معظم كليات الطب تركز تماماً لدراسة الكائن البشرى دراسة علمية من علم التشريح البشرى الفسيولوجيا والباثولوجيا وعلم الأدوية، وهذه المواد يمكن تسميتها بالمنظور الضيق للطب، ولا يبدأ الطالب بالمنظور الواسع للطب أو ما يطلق عليه النواحي الاجتماعية إلا فى السنة الأخيرة ... وهذا يعنى أن معظم سنوات الدراسة يقضيها الطالب فى غرفة التشريح والمختبرات والمستشفيات وبذلك يكون تعرضه للمجتمع واحتكاكه به متأخراً قليلاً. والآن نستطيع القول: هل يمكن للمرء أن يتوقع لمثل هذا التعليم والتدريب أن يوقظ فى طبيب الغد شعوراً عميقاً بالمسئولية الاجتماعية ورغبة

(١) منبر الصحة العالمى، مجلة دولية للتنمية الصحية، المجلد الثانى، العدد الثالث، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١، ص ٣٢.

(٢) محمد عارف، المجتمع بنظرة وظيفية، الوظيفة ملاحظها العامة وابعادها التاريخية وصورها المعاصرة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٢. ص ١٩.

فى خدمة المجتمع؟ إن الجواب واضح تماماً، أن الميدان الطبى الذى يمكن له أن يثير أكثر من غيره اهتمام الطالب وتنمية شعوره بالمسئولية الاجتماعية هو دون شك ميدان الطب الاجتماعى والوقائى والصحة العامة ... وليس من المحتمل أن يتغير الوضع الراهن دون إحداث تغييرات جذرية فى برامج تدريب الطب ولكن نجد هناك من يذهب إلى القول بأنه نظراً لكثافة وازدحام المناهج الدراسية فى ميدان الطب وطول سنوات التعليم بالفعل فإن إضافة جانب جديد (الجانب الاجتماعى) إلى عمل الطبيب سوف يثقل كاهله مما يؤثر تأثيراً ضاراً على الجانب الفنى من عمله<sup>(١)</sup>.

وإذا كان التعليم الطبى هو أحد الوسائل التى تمكن الطبيب من القيام بدوره فى تنمية الوعى الصحى لدى المريض هنا يجب الاعتراف بأن أبناء المهنة الطبية لا يساعدون فى النهوض بالصحة على النمو المرغوب فمعظم الأطباء وربما بسبب نوعية تدريبهم وأسلوب توجيههم يهتمون أساساً بالرعاية العلاجية دون أن يولوا سوى اهتمام ضئيل بالثقيف الصحى والوقاية من المرضى ويرتبط ذلك بعدة عوامل أهمها: الوقت والمال على السواء فبسبب الضغوط التى يفرضها تقديم الخدمات العلاجية لا تتوفر للأطباء سوى فرص قليلة للتركيز على النهوض بالصحة والثقيف الصحى، كما أنه لا يوجد الحافز المالى الكافى لاضطلاعهم بذلك العمل فى الوقت الذى يرتكز فيه نظام الأجور بدرجة كبيرة على اجراءات استعادة الصحة بعد حلول المرض ... وفضلاً عن ذلك فإن الأطباء كثيراً ما يضربون المثل السيئ لما ينادون به فأولئك الذين يدخنون قد لا يستطيعون تشجيع الاعتدال واتباع الأسلوب الصحى فى الحياة<sup>(٢)</sup>.

كما يواجه التعليم الطبى مشكلة الزيادة المستمرة فى أعداد الطلبة حيث أن هذه الزيادة المضطردة لا تسمح للطلاب باستيعاب كل ما يدرسه وبخاصة الدروس العملية، كما أن هذه الزيادة أيضاً تؤدي إلى عدم وجود علاقة مباشرة بين الطلاب وبين أعضاء هيئة التدريس بالكلية ... فقد بلغ عدد الطلاب المقسدين بكلية الطب منذ إنشائها وحتى الآن ١٩١٣٢ طبيباً وطبيبة ... فى حين بلغ عدد

(١) مرجع سابق، المجلد الثالث، العدد الرابع، ١٩٨١، ص ٣٠٦.

(٢) مرجع سابق، المجلد الثانى، العدد الرابع، ١٩٨١، ص ٤٦٧.



الطلاب المقيدين بالكلية هذا العام ٣٧٠٣ طالب وهذا بيان يوضح أعداد الطلاب فى مراحل الدراسة المختلفة بالكلية:

السنة	عدد الطلاب
السنة الأولى	٦٠٤
السنة الثانية	٥٧٦
السنة الثالثة	٥٨٣
السنة الرابعة	٥٨٧
السنة الخامسة	٦٣٨
السنة السادسة	٧١٥ <sup>(١)</sup>

ومن المعوقات التى يواجهها التعليم الطبى أيضاً هى تلك المتعلقة «بالمناهج الدراسى» وعدم ملائمتها لاحتياجات المجتمع وذلك الآتية:

- هناك نقص فى المدرسين الوطنيين يحول دون وضع المناهج الدراسية الجديدة موضع التنفيذ.
- أن معظم المدرسون غالباً ما يحاولون تقليد النماذج المألوفة فى الجامعات الغربية.
- إن الطلبة أنفسهم ليس لديهم الرغبة فى الاهتمام بالمشاكل الاجتماعية للمرضى<sup>(٢)</sup>.

وبرغم ذلك نجد أنه من المقررات الدراسية فى كلية الطب «مادة الطب المجتمعى» التى تركز على تنظيم الخدمات الوقائية للمجموعات السكانية المعرضة للخطر وتثقيفهم صحياً مثل الأمهات والأطفال واجراء دراسات استقصائية واستخدام نتائجها كوسيلة لتقييم الحالة الصحية للمجتمع المحلى وتعلم المبادئ الأساسية للتثقيف الصحى واستخدام الطرق المناسبة لتحديد مختلف العوامل الاقتصادية والاجتماعية التى تؤثر على صحة المجتمع، وأيضاً الاهتمام باستغلال كل لقاء يجرونه مع المرضى كفرصة سانحة لتثقيفهم حيث يطلعون المرضى على أسباب اعتلالهم وكيف يتفادونها فى المستقبل<sup>(٣)</sup>.

(١) جامعة الإسكندرية، اللائحة الداخلية لكلية الطب، يوم الخريجين، ١٩٩٠.

(٢) مرجع سابق، المجلد الثانى، العدد الثالث، ١٩٨١، ص ٣٢٣.

(٣) مرجع سابق، المجلد السادس، العدد الرابع، ١٩٨٢، ص ٣٠٣.

ومن هنا نرى أن أقسام طب المجتمع فى كليات الطب يمكن أن تلعب دوراً هاماً فى غرس الإحساس بالمسئولية الاجتماعية فى نفوس الطلاب وأن يحل العضلة الأخلاقية التى تتعلق بواجبات الطبيب تجاه مرضاه من ناحية وواجباته إزاء المجتمع من ناحية أخرى<sup>(١)</sup>.

وهناك معوق آخر يواجه التعليم الطبى أيضاً وهو تدريس هذا العلم باللغة الإنجليزية\* وبرغم تعود الطلاب على تدريس العلوم الطبية بهذه اللغة إلا أن تدريس الطب باللغة الأم يضمن حسن استيعابها ويسر العملية التعليمية ويؤدى إلى زيادة قدرة الطبيب على القيام بجميع مسئولياته المهنية فى التعامل مع مرضاه<sup>(٢)</sup>.

ولقد أوضح البحث الحالى أن أحد الأسباب الهامة التى تحد من تنمية وعى المريض صحياً هو استخدام الطبيب لهذه «اللغة» والتى تؤدى إلى عدم قدرة المريض على فهم ما يقال له بلغ مستوى تعليمه لأنه لو ارتفع المستوى التعليمى للمريض وبالتالى ازداد وعيه سنجد أن هذا الوعى يقتصر فقط على المشكلات الطبية باللغة العادية التى يألّفها ولكنها إذا نوقشت أمامه باللغة الطبية فإنه يقف عاجزاً حيالها... هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يفسر المريض استخدام الطبيب لهذه اللغة بعدم الاهتمام به كحالة إنسانية والنظر إليه باعتباره حالة مرضية فقط.

(1) Roy al Commission On National Health Serssces, Patient attitudes To The Hospit al Serssices, Her Mayesty's Stationary Affice, London, 1978 P: 80.

\* هناك بعض الأساتذة المصريين المتمسكين بالتدريس باللغة الإنجليزية ورأيك فى هذه القضية يتلخص فى نقاط محددة منها:

- ١ - أنه من الصعب الحصول على اعتراف الجامعات العالية بالدرجات التى تمنحها جامعاتنا فى حالة «تعريبها» مما يشكل عقبة واضحة أمام أبنائنا الراغبين فى الحصول على درجات علمية من هذه الجامعات.
- ٢ - الصعوبات التى تعترض الطلبة والدراسيين فى متابعة المراجع والأبحاث والدوريات المتخصصة والتى تصدر جميعها باللغة الإنجليزية.
- ٣ - ستقضى عملية التعريب الطبى فى مصر على هذا الانفتاح العلمى والذى يحققه تبادل الخبراء والمتخصصين والتى تصدر جميعها باللغة الإنجليزية.

(سلوى العنانى، التعليم الطبى فى مصر، جريدة الأهرام، عدد ١٩٩٢/٦/٥ م.

(٢) أخبار الأطباء، مجلة شهرية تصدرها نقابة الأطباء العدد العشرون، يوليو، ١٩٩٠.

جدول يوضح مدى إعاقة اللغة الطبية  
لتنمية الوعي الصحى لدى المريض

المتغيرات	التكرار	النسبة
صعوبة فهم المريض لما يقوله له	٣٤	٣٥,١
محاولة المرض التظاهر بالفهم	٢٥	٣٦,١
قلة المعلومات التى يحصل عليها المريض	٢٨	٢٨,٩
المجموع	٩٧	%١٠٠

وتتفق نتيجة هذا البحث مع تلك النتائج التى توصلت إليها بربارا كورش Barbara Korch حيث ترى أن استخدام الأطباء لبعض المصطلحات الطبية أمام المرضى عادة ما يصنع عثرة فى طريق اتصا لهم بمرضا هم حيث يظن الأطباء أن استخدام مثل هذه الكلمات مع المريض إنما تسهل عليه فهم حالته، ويعتقد كثير من الأطباء أن المريض قد فهم حالته من هذه المصطلحات وفى الواقع أنه يحدث العكس كما ترى بربارا فى البحث الذى أجرته عن اتصال أمهات الأطفال المرضى بالأطباء، فكثير من الأمهات يعانون من هذه المشكلة حيث أن استخدام الطبيب بكثرة لهذه المصطلحات إما أن يؤدي إلى فهمهم الخاطئ أو يجعلهم فى حالة من الاضطراب وعدم الرضا ويدلهم «روبن ديماتا» هذه النتيجة فقد رأى أنه برغم أن استخدام الطبيب لهذه المصطلحات ضرورى للدقة العلمية إلا أن المبالغة فى استخدامها أمام المرضى أمر غير ضرورى فالطبيب الماهر هو الذى يبذل قصارى جهده لتوضيح الحالة الطبية للمريض بلغة سهلة يمكنه فهمها وهو بذلك ينمى وعيه الصحى<sup>(١)</sup>.

فهذه اللغة الطبية إنما تؤثر على المريض حيث أن الطبيب عادة ما يستخدم عدد من الكلمات الطبية وهو معتقد أن المريض يفهم ما يعنيه ثم ينتقل إلى كلام آخر عن الحالة فى الوقت الذى يظل فيه المريض يفكر فيما قاله الطبيب أولاً فاستخدام تلك هذه المصطلحات الأجنبية عادة ما يخلق كثيراً من المشكلات التى تتعلق بالفهم الخاطئ للمريض، ولذا فعلى الطبيب تجنباً لهذا الخطأ ألا يستخدم

(1) Robin Dimattea, Social Psychology and Medicine, Hain Pull - Ishers, Inc., California, 1984. P: 13.

الطبيب تلك المصطلحات وإذا كان الموقف يحتم على أحدهم استخدامها فلا يكون هذا أمام المريض لأن واجبه كطبيب يحتم عليه معاملة المريض كإنسان وتثقيف المريض صحياً وهذا يتطلب منه قدرة خاصة على توضيح الحالة المرضية له بطريقة موجزة ميسرة يمكن للمريض فهمها وبالتالي سيكون لدى المريض فكرة واضحة يمكن أن يجنب بها مستقبلاً تعرضاً لمثل هذا المرض.

**جدول يوضح الطرق التي يتبعها الطبيب  
للتغلب على مشكلة اللغة لتنمية وعي المريض صحياً**

المتغيرات	التكرار	النسبة
جعل المريض يتحدث بحرية	٢٩	٢٨,١
تفسير نظام العلاج بلغة سهلة	٥٠	٤٧,٦
جعل الحوار مفتوح بينهما	٢٤	٢٢,٨
المجموع	١١٣	%١٠٠

وخلاصة القول: أن استخدام الأطباء لبعض المصطلحات الطبية التي لا يفهمها المريض تؤثر على تقبله لكل ما يقال له كما يدفعه إلى التظاهر بالفهم حتى لا يبين جهله أمام طبيبه مما يؤدي إلى قلة المعلومات التي يحصل عليها وهذا يعني أن استخدام الطبيب لهذه المصطلحات يحطم جسر الاتصال ويعوق عملية التثقيف الصحي وهذا يحتم علينا الاهتمام بقضية «تعريب الطب» حيث أنه من الوسائل الهامة التي تساعد على القضاء على أي مشكلات تصادف الاتصال الفعال بين الطبيب والمريض وتمنع قيام الطبيب بدوره في التثقيف الصحي فالاهتمام بالتعريب إنما سيؤدي إلى تقدم وتقوية العملية التعليمية وضمان حسن استيعاب الأطباء للبحث الطبي وبالتالي سيؤدي هذا إلى رفع كفاءة المستوى الصحي بوجه عام وجعل الطبيب قادر على القيام بجميع مسئولياته المهنية في التعامل مع المرضى بشكل أفضل من ناحية أخرى.

والآن أن كليات الطب تحرص على ادخال كورسات لتعليم الطلاب بعض العلوم السلوكية والإنسانية التي تجعلهم قادرين على فهم مبادئ العلاقة مع المريض وكيفية التخلي عن سلطتهم في هذه العلاقة ومحاولة استخدام المدخل

الإنسانى حين يتعامل مع مرضاه وأن يهتم بالجوانب الاجتماعية المحيطة بالمرضى قدر اهتمامه بالجوانب الفيزيكية ذاتها ومحاولة الطبيب تدعيم منظوره العلمى الذى يستخدمه فى علاج المرضى بالمنظور الإنسانى حتى تكتمل لديه فرصة العلاج فى فعالية الدور الذى يمكن أن يؤديه لتنمية وعيه الصحى.

ولذا فإن الاهتمام الحديث ببرامج التعليم الطبى داخل كليات الطب يتمثل فى استخدام كل الممارسة الطبية والعلاقات الاجتماعية فى العناية بالمرضى وتثقيفه صحياً واستخدام العلم الاجتماعى بجانب العلم الاكلينيك فى دراسة الطب ولذا نرى أن قسم «طب المجتمع» من أهم أقسام كلية الطب ووجوده يدل على أهمية الجانب الاجتماعى فى برامج التعليم الطبى واهتمام الجامعة بالتأكيد على ضرورة ممارسة الطبيب لعمله فى المجتمع بحيث يستطيع مواجهة المواقف المختلفة التى يكتسبها من خلال خبراته التى تساعد على حل وتسوية هذا الموقف.

وتلتقى النتيجة التى توصل إليها هذا البحث بشأن معوقات التعليم الطبى من جانب ودوره فى تنشئته الأطباء اجتماعياً من جانب آخر مع النتائج التى توصل إليها العديد من الأطباء من هيبوكراتس Hippocrates وتأكيده على أهمية تعليم طالب الطب طريقة التعامل الشخصية مع المرضى فالطالب فى حاجة إلى تنمية معرفته وممارسته للطب كفن بجانب ممارسته كعلم<sup>(1)</sup>.

كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما جاء فى أول ورقة رسمية فى التعليم الطبى عام ١٩٤٨ التى أكدت على أهمية الاعتبارات الاجتماعية فى فهم مشاكل المرضى وكانت تلك من أهم الخطوات التى شجعت طلاب التعليم الطبى على دراسة مرضاهم من الناحية الاجتماعية مثلما يدرسونهم من الناحية الفيزيكية للمساهمة فى عملية تنمية وعيه.

ويدعم هذه النتيجة هوارد فريمان Howard Freeman فقد رأى أن اهتمام الطبيب بالمرضى ككل يتم عن طريق اهتمامه بدراسة العلوم السلوكية بجانب العلوم الفيزيكية حيث أن اهتمامه بدراسة العلوم السلوكية بجانب العلوم الفيزيكية حيث أن

(1) Peter Wright, Studies in every Day Medical Life, Martin Robnson, London, 1979. P: 109.

## دور الطبيب فى تنمية الوعى الصحى لدى المريض

اهتمام الطبيب بالجانب العلمى والتكنيكى دون اهتمامه بالجانب الاجتماعى سيكون غير مؤثر ولذا يجب توافر هذين الجانبين فى عملية التعليم حتى يتحقق الهدف ويتدعم دور الطبيب وقدرته فى تنمية الوعى الصحى للمريض<sup>(١)</sup>.

ولهذا رأى فولتا Folta ضرورة إعادة النظر فى مناهج وطرق التعليم الطبى حتى يمد طلابه بخبرات متنوعة وهذا بالطبع يحتاج إلى أساس نظرى فى المعلومات الفسيولوجية والاجتماعية للعلوم التى ينبغى على الطبيب دراستها وذلك يتطلب التعاون مع المهارات المختلفة فى شتى العلوم الإنسانية الأخرى لتحقيق الهدف<sup>(٢)</sup>.

ونستخلص من ذلك مجموعة من الأسس الجوهرية التى يجب وضعها فى الاعتبار عند تطوير التعليم الطبى:

١ - أن التعليم الطبى لا يتم فى فراغ بل يتم فى زمن معين وفى ظل مجتمع محدد.

٢ - لم يعد من المستساغ الآن أن يكون كل التركيز على الجوانب الفنية فى التعليم وألا يترتب على ذلك تخريج أطباء ذوى مهارة وكفاءة فنية ولكنهم متناقضين مع المجتمع الذى يعيشون فيه أو على أقل تقدير غير متفاعلين معه ويتطلب كل هذا الجمع بين القدرات الفنية والاجتماعية أى بين الجانب المهنى من ناحية والجوانب الإنسانية من ناحية أخرى والعمل على تطوير التعليم الطبى بما يتلاءم مع هذه الاحتياجات ... وكل هذا يتطلب أن تكون العلوم الطبية التى يتلقاها الطالب فى حالة تغير مستمر وأن تتلاءم مع كل التطورات التى حدثت وما زالت تحدث بسرعة متزايدة فى ميدان المعرفة الإنسانية وأن يوجد فى كليات الطب شكل تنظيمى يسمح بتطوير برامج التعليم كلما اقتضت الضرورة مثل هذا التطوير.

٣ - تطوير عملية التعليم للمبتدئين وذلك بإعادة دراسة إمكانية كل مركز تعليمى فى القيام بدوره وتشمل هذه الإمكانيات قدرة الاستيعاب العددية

(1) Haward E. Freeman, Hand Book of Medical Sociaogy, Prentice - Hall, Inc., New Gark, 1972 P: 29.

(2) Jeannette Falta - Asocialogical Frame Mark For Patient Care, A Medical Pullication, New York, 1972 P: 287.



للكلية وزيادة فرصة المتعلم فى الالتحاق ب... وسهولة نقل خبرات البحث بطرق ميسرة وتحسين المختبرات وادخال الوسائل التعليمية الحديثة مثل الدوائر التلفزيونية وتوفير مصادر المعلومات من مكتبات ومراجع ودورات كمبيوتر معلومات حتى تزداد قدرتهم على العطاء للعملية التعليمية والتثقيفية مع الوضع فى الاعتبار التعويض المادى الكريم لهم<sup>(١)</sup>.

٤ - يجب الاستمرار فى التعليم الطبى لملاحظة التطور السريع فى الامكانيات التشخيصية والعلاجية وهذا عن طريق التواصل المستمر بين الأطباء ومراكز التعليم والبحث إما بطريقة مباشرة عن طريق النشرات العلمية والاستفادة من الأبحاث التى يقوم بها الدراسين من الأطباء حتى لا يكون مصيرها الأدرج.

#### ب - النقابة :

تعتبر النقابة من وسائل تحقيق الضبط الاجتماعى داخل النسق العلاجى حيث تهتم النقابة بدور فعال فى النهوض بالمهنة والحفاظة على دوامها وتطويرها وذلك من خلال اهتمامها بزيادة كفاءة الأطباء التكنيكية وقدراتهم على استخدام معلوماتهم ومهاراتهم لحل مشاكل المرضى وتنمية وعيهم الصحى وذلك بحرصها على عقد ندوات ومؤتمرات طبية ودعوة الأساتذة الأجانب لإلقاء محاضرات تزيد من خبرة الطبيب وتجعله يتعرف على كل ما هو جديد فى مجال الطب<sup>(٢)</sup>.

#### جدول يوضح دور النقابة فى النهوض بالمهنة ومساهمتها

#### فى توعية دور الطبيب لتنمية الوعى الصحى للمرضى

المتغيرات	التكرار -	النسبة
عقد ندوات علمية	٢٠	٣١,٧
عقد مؤتمرات علمية	٢١	٣٣,٣
دعوة الأساتذة الأجانب	١٣	٢١,١
المساهمة فى إجراء البحوث	٩	١٤,٣
المجموع	٦٣	%١٠٠

(١) شريف حتاتة، الطب والمجتمع، الدار القومية للطباعة والنشر، ١٩٦٩، ص ٤٠ : ٤٢.

(٢) نقابة أطباء الإسكندرية، تقرير الأمانة العامة عن أنشطة وخدمات النقابة، ١٩٩٠.

دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض

وتقابل النقابة «معوقات» تعوقها عن أداء وظيفتها وتمثل هذه المعوقات في عدم حرص معظم الأطباء على المواظبة على الذهاب إلى النقابة بصفة دائمة وقد أوضحت الشواهد الامبيريقية أن ٢٥٪ من عينة البحث هم فقط الذين يواظبون على الذهاب للنقابة بصفة دائمة ومستمرة في حين أن ٧٥٪ فهم لا يواظبون على الذهاب إليها إلا في حالات نادرة.

#### جدول يوضح عجز النقابة عن القيام بدورها الفعال

##### تجاه الأطباء بسبب عدم المواظبة على الحضور

المتغيرات	التكرار	النسبة
يواظب على الحضور	١٠	٢٥
لا يواظب على الحضور	٣٠	٧٥
المجموع	٤٠	٪١٠٠

وقد ترتب على هذا المعوق معوق آخر وهو أن النسبة الكبيرة التي لا تواظب على الذهاب إلى النقابة لا تحضر المؤتمرات الطبية والندوات العلمية التي تحرص النقابة على عقدها بصفة مستمرة من أجل النهوض بالمهنة ومن أجل تدعيم دور الطبيب في تنمية الوعي الصحي لدى المريض.

وقد ترتب على هذه النتيجة نتيجة خطيرة وهي قلة خبرة الأطباء وعدم اطلاعهم على أحدث الأبحاث الطبية التي تناقش في هذه الندوات وقلة معلوماتهم وبالتالي ازدياد أخطائهم المهنية وعدم قدرتهم على الاتصال الفعال بمرضاهم.

#### جدول يوضح كيفية زيادة خبرة الطبيب ومعلوماته

##### عن طريق النقابة

المتغيرات	التكرار	النسبة
النقابة تزود خبرة الطبيب ومعلوماته	٣٩	٩٧,٥
النقابة ليس لها دور	١	٢,٥
المجموع	٤٠	٪١٠٠

وقد اتفقت نتائج هذا البحث مع النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية حول النقابة ودورها مع ما جاء في تقرير الأمانة العامة عن أنشطة وخدمات

النقابة حيث أكدت هذه التقارير على دور النقابة الهام فى تنسيق نشاطها العلمى وذلك بإصدار المجلات والنشرات العلمية وتنظيم الندوات والدورات العلمية بحث المشاكل العلمية والمشاركة فى المؤتمرات الطبية فى الداخل والخارج وأخيراً المساهمة بمشاركتها فى رسم سياسة التعليم الطبى<sup>(١)</sup>.

### جـ - الاتصال ودوره فى زيادة وعى المريض:

ونركز على الاتصال غير الشفهى وتقصد به تعبيرات البعض ونبرات الصوت والايحاءات واللمس، هذه بعض العلامات التى توضح الكلمات التى لا يتفوه بها الطبيب ولكنها تعبر عن المشاعر التى لا تذكر فى الحديث سواء للمريض أو للطبيب.

وتؤكد الدراسة الحالية على أهمية الاتصال غير الشفهى بين الطبيب والمريض حيث أن المرضى يستطيعون التعرف على مشاعر الطبيب ومدى احساسه بهم وتعاطفه معهم وذلك من خلال ملامح وجهه ومقابلاته لهم وتبسطه فى الحديث معهم ... كما أن فى استطاعة المريض من خلال تعبيرات وجه الطبيب أثناء الاستشارة تفسير حالته ومعرفة مدى خطورتها لأن المريض كما سبق ذكره يقابله بعض الصعوبات أحياناً فى فهم ما يقال له ولذا فهو يركز كل انتباهه على ملامح الطبيب لعله يستطيع عن طريقها التنبؤ بحالته.

ولكى يكون هذا الاتصال فعال بين الطبيب والمريض يجب أن يكون الطبيب مستمعاً جيداً بمعنى أن يعطى المريض الوقت الكافى والفرصة التى بها يمكنه أن يتحدث بصراحة عن كل ما يعانى به وأن يشعر أثناء استماع الطبيب له أنه متعاطف معه، ومن العوامل أيضاً التى تجعل الاتصال فعالاً هو إيمان المريض بأن الطبيب قادر على تفسير أسباب المرض وأسلوب العلاج له بطريقة سهلة يمكن فهمها .

ومن معوقات هذا الاتصال أنه قد يؤدى إلى امداد المريض بمعلومات ربما تكون خاطئة عن طبيعة مرضه ومن ثم يجب على الطبيب أن يكون حريص تماماً أثناء تعامله مع مرضاه وأن يراعى أحوالهم النفسية.

(١) مرجع سابق.

ويتفق هذا الرأي مع ما توصل إليه Robin Dimattea في البحث الذي أجراه ووجد أن الاتصال غير الشفهي قد يعوق عملية التكامل الاتصالي بين الطبيب والمريض ... فالمريض عادة مما يعتمد على الاتصال غير الشفهي لأنه موقف ضعيف فالشخص دائماً في المواقف الصعبة ينظر إلى الشخص ذي الموقف الأقوى وينظر إلى تلميحات وجهه ليعرف مزاجه وليتصرف على الأساس فالمريض يتطلع إلى وجه الطبيب ومن خلال سماته يستطيع تفسير حالته كما أن انتباه الطبيب للمريض أثناء الاستشارة يساعد على الحصول على معلومات ذات قيمة خاصة بالمرض الذي أمامه<sup>(١)</sup>.

كما يرى Samuel Bloom عالم الاجتماع الطبي عام ١٩٦٣م أنه لكي يكون الاتصال فعالاً بين الأطباء والمرضى يجب أن يلتزم الطبيب بوظيفتين هامتين هما: أن يوجد لديه الاستعداد الكافي للعناية بالمريض وهذه العناية تتضمن الجوانب العملية لعلاج، وأن يكون أيضاً مستعداً للعناية بالمريض عاطفياً واجتماعياً وهذه تتضمن الاهتمام بالجانب العاطفي والشخصي للمريض الذي أمامه وفهم مشاعره<sup>(٢)</sup>.

#### د - مشكلة الوقت وإعداد المرضى:

من المعوقات التي تعوق الطبيب عن القيام بدوره في تنمية الوعي الصحي لدى المريض هي التناسب بين إعداد المرضى وبين عامل الوقت حيث أن عدم التناسب بينهما يعوق الطبيب عن الاتصال الفعال بالمريض ويؤثر في رغبة الطبيب وعدم قدرته على منح المريض معلومات كافية عن حالته، كما أنه يؤدي إلى افتقار الوقت الكافي للاستماع لشكوى المريض والاكتفاء بالتشخيص والعلاج دون اسهام فعال في تنمية وعيه الصحي.

#### نتائج البحث الميداني:

أولاً - قد اسفرت نتائج المقابلة مع أفراد عينة البحث أن ٢٠٪ من حجم العينة يرون أن هناك العديد من المعوقات التي تعوق الطبيب من القيام بدوره الفعال في تنمية الوعي الصحي للمريض ومن هذه المعوقات:

(1) Robin Dimattea, Op. cit., P:93.

(2) Bloom W. Samuel, The Doctor and his Patient and Illness, Tar - ristoch, London, 1957. P: 113.

- ١ - المستوى الثقافى المنخفض للمريض.
- ٢ - العادات والتقاليد الموروثة وانتشار العادات الصحية السيئة واللجوء إلى الصيدليات بدون استشارة طبية والعمل بالمثل القائل اسئل مجرب ولا تسأل طبيب.
- ٣ - انتشار الأمية والجهل بين عدد كبير من السكان.
- ٤ - عدم اهتمام الطبيب بالقيام بهذا الدور.
- ٥ - وجود حاجز نفسى بين المريض والطبيب المعالج.
- ٦ - قلة الخدمات الصحية فى المستشفيات فى مقابل الاعداد الكبيرة للمرضى.
- ٧ - قلة الوقت الذى يقضيه الطبيب مع المرضى.
- ٨ - إحجام المرضى عن التردد على العيادات الخاصة إلا فى وقت الضرورة القصوى وبعد حدوث مضاعفات مما لا يعطى الطبيب فرصة أو وقت لغير القيام بالعمل الطبى.

ثانياً - نرى هذه النسبة من الأطباء أن هذه المعوقات يمكن التغلب عليها من قبل الطبيب نفسه وأيضاً من قبل المجتمع.

- ١ - من جانب الطبيب:
  - أ - الاهتمام بدوره فى توعية المريض.
  - ب - الارتفاع بمستواه الثقافى والمهنى.
  - ج - الاهتمام بالجانب الإنسانى فى التعامل مع المريض.
  - د - نصيح المريض مباشرة أثناء الكشف.
  - هـ - عن طريق اللافتات الدالة على الآثار السيئة للأمراض.
  - و - كسر الحاجز النفس عن طريق جلسات مستمرة مع المريض لكسب ثقته.
  - ز - اعطاء وقت كافى للمريض.
  - ح - إقامة الندوات واللقاءات الشعبية بنوادر الثقافة والهيئات لنشر الوعى الصحى.
  - ط - جعل الحوار مفتوح بين الطبيب والمريض وإقامة جسر مفتوح بينهما.

٢ - من جانب المجتمع:

- أ - توسيع قاعدة الانتشار الاعلامى للتثقيف الصحى.
- ب - إيجاد وظيفة مثقف صحى اعلامى والاهتمام بفاعلية دوره.
- ج - رفع مستوى الخدمات الصحية والحالة المعيشة للمرضى.
- د - عقد ندوات صحية دورية فى كل منطقة لتوعية الاهالى بحضورها كبار الأطباء.
- هـ - إعادة توزيع الأطباء ليتناسب مع الكثافة السكانية.
- و - نشر الوعى الصحى للتلاميذ فى المدارس عن طريق طرق التعليم الحديث.
- ز - الاحجام عن اصدار الفتاوى الطبية من غير أهل الطب.
- ح - الاهتمام بمستوى النظافة والبيئة.
- ط - منع استخدام الأدوية دون استشارة الأطباء.

وتتفق هذه النتائج مع ما جاء فى المجلة الدولية للتنمية الصحية والتي تصدرها منظمة الصحة العالمية حيث يرى أن المجتمع يمكن أن يساهم فى القضاء على هذه المعوقات كما يرى الأطباء عن طريق:

- ١ - يجب أن تباشر الكادرات الصحية المحلية تحت إشراف وتوجيه السلطات التنفيذية وغيرها من قطاعات النشاط العام مثل خدمات الرعاية والاعلام والخدمات التعليمية والثقافية، والمدارس هى المكان الأمثل لمثل هذا العمل الذى يجب أن يكون الهدف منه هو أن يفتح أمام الشباب سبلاً جديدة للحياة.
- ٢ - اصلاح البيئة كل مشاكل توفير المياه وتصريف الفضلات وابعاد الذباب والبعوض والفئران.
- ٣ - الاعمال الوبائية وتشمل الاكتشاف المبكر للأمراض الوبائية والتحصن الشامل على نطاق واسع لمختلف قطاعات السكان.
- ٤ - حماية الأمومة والطفولة وأهم عناصرها تنظيم الأسرة.
- ٥ - التثقيف الصحى الجماهيرى.
- ٦ - تصميم الملصقات ولوحات الحائط التى تعالج الموضوعات الصحية وتعرض فى المراكز الصحية أو فى الأماكن العامة.



٧ - إجراء مناقشات مع المرضى وأسرههم فى مراكز الصحة أو فى المنازل عن المسائل المتعلقة بالمرض.

ثالثاً - يرى ٥٠٪ من عينة البحث أن الطبيب له دور فعال فى تنمية الوعي الصحى للمريض وهذا الدور يبدو واضحاً فى الأمراض الآتية:

- ١ - الأمراض التى ليس لها علاج نهائى دائماً يمكن السيطرة عليها بتنفيذ نظام الحياة وإتباع بعض العادات الصحية.
- ٢ - الأمراض المعدية.
- ٣ - أمراض الجهاز التنفسى التى تحتم أن يكون المريض بعيداً عن المحافظة حتى لا تنتشر العدوى.
- ٤ - حالات سوء التغذية التى يكون الجهل والفقر السبب الرئيسى لها.

رابعاً - ٨٠٪ من عينة البحث ترى أن للطبيب دور فعال فى توعية المريض صحياً وذلك عن طريق:

- ١ - حرص الطبيب على عقد الندوات الطبية مع مرضاه.
- ٢ - عن طريق طبع المنشورات الصحية المبسطة مثل تلك التى توزعها الجهات المختصة كتنقابة الأطباء.
- ٣ - عن طريق القوافل الطبية.
- ٤ - عن طريق الارشادات المباشرة والنصح وتوضيح طرق العدوى.
- ٥ - وسائل اعلام توضيحية بسيطة بها صور ورسومات للأمين وبها شرط مبسط لظروف المرض وأسبابه وتطوره والخطر النهائى لتطوره.
- ٦ - العلاقة التى تتميز بالثقة بين الطبيب والمريض.
- ٧ - اللقاءات الجماعية مع المرضى فى العيادات الخاصة والوحدات الصحية كما يحدث فى حالات الأدمان.
- ٨ - استخدام اللغة السهلة لتوضيح سبل العلاج.
- ٩ - اتخاذ الممرضة حلقة وصل بين الطبيب والمريض لنقل المعلومة بصورة مبسطة.

١٠ - الاهتمام بالمريض كحالة إنسانية قبل كونه حالة مرضية.

١١ - استخدام نماذج من المرض تم شفاؤهم من نفس المرض.

## النتائج العامة للبحث:

١ - يعتبر دور الطبيب من الأدوار الهامة لابد من التركيز عليها فى مسألة الثقيف الصحى للمريض حيث أن طبيعة عمل الطبيب توفر له مجالاً كبيراً لتعليم المرضى وهو يمارس مهنته كطبيب.

٢ - أن شعور المريض بآدميته يعد حقاً طبيعياً ينبغى أن يشعر به المريض ويستطيع النسق العلاجى تحقيق هذه الحاجة الطبيعية لأفراده من خلال الأطباء فالطبيب المزود بخبرة علمية وشخصية يكون على علم بكيفية معاملة المريض كإنسان ويكون قادر على إتاحة الفرصة له لإبداء الرأى وتبادل الحديث.

٣ - يجب أن يجعل الطبيب الحوار مفتوح بينه وبين مرضاه حتى يتيح للمريض فرصة للتحدث عن مرضه، وبهذه الطريقة بالإضافة إلى المعلومات التى يحصل عليها المريض من طبيبه يزداد وعيه الصحى وتزداد خبرته ومعلوماته عن طبيعة المرض وأسلوب علاجه وأسلوب الوقاية منه.

٤ - هناك عدد من العوامل التى تساهم فى مساندة الطبيب بدوره الفعال فى تنمية الوعى الصحى ومن هذه العوامل التعليم الطبى الذى يمد الأطباء بخبرات متنوعة تمكنهم من معرفة فنون الاتصال الصحيح بالمرض، ونقابة الأطباء التى تزيد من كفاءة الأطباء التكنيكية وقدراتهم على استخدام معلوماتهم ومهاراتهم لحل مشاكل المرض الفسيولوجية والمعرفية.

٥ - من المعوقات الوظيفية التى تعوق الطبيب عن ادائه لدوره الفعال فى تنمية الوعى الصحى لدى المريض المشاكل المتعلقة بالتعليم الطبى والمتمثلة فى الزيادة المستمرة فى اعداد الطلاب والتى لا تسمح للطالب باستيعاب كل ما يدرسه، وتدريس الطب باللغة الإنجليزية حيث أنه من الأفضل تدريسه باللغة الأم لأن هذا سيؤدى إلى تقدم وتقوية العملية التعليمية وضمان حسن استيعاب الأطباء للبحث الطبى وبالتالي سيؤدى إلى زيادة قدرة الطبيب فى القيام بجميع مسؤولياته المهنية فى التعامل مع مرضاه ... والمشاكل المتعلقة لعجز النقابة عن القيام بدورها الفعال فى مساندة الطبيب

فى دوره فى تنمية وعى المريض وهذا يرجع إلى عدم الانتظام فى حضور المؤتمرات العلمية التى تحرص النقابة على عقدها من أجل زيادة معرفة الطبيب وخبراته ... وأخيراً نرى مشكلة عدم التناسب بين اعداد المرضى وبين عامل الوقت مما يؤدى إلى عدم جدوى الاتصال بين الطبيب والمريض ويؤثر على قدرة الطبيب فى منح المريض معلومات كافية عن حالته كما أنه يؤدى إلى افتقاد الوقت الكافى للاستماع لشكوى المريض والاكتفاء بالتشخيص والعلاج دون الاسهام الفعال فى تنمية وعيه الصحى.

## **الفصل الخامس**

### **التمريض وأهميته**

#### **نبذة تاريخية عن مهنة التمريض**

- ١ - التمريض: معناه
- ٢ - أخلاقيات وآداب مهنة التمريض
- ٣ - أسباب عدم الإقبال على مهنة التمريض
- ٤ - الدور الاجتماعي للممرضة:
  - أ - دورها في الرعاية الصحية.
  - ب - في العمل الميداني.
  - ج - في مجال رعاية الطفولة والأمومة.
  - د - في تقديم الخدمات الاكلينيكية المتخصصة.
  - هـ - في التعليم.
  - و - في العيادات الخارجية.
  - ز - في الصحة العامة.



## نبذة تاريخية عن مهنة التمريض :

إن جذور التمريض تتغلغل إلى أعماق بعيدة في عصور المسيحية الأولى، وهكذا كانوا يأخذون على اعتاقهم رعاية المرضى بوصفها وسيلتهم الخاصة في التعبير عن روح المسيحية التي تنادى بالإحسان ونكران الذات والتضحية<sup>(١)</sup>.

أما عن جذور التمريض في الإسلام فنجد أنه لم تقف جهود المرأة المسلمة عند الدراسات الدينية أو الأدبية بل أيضاً حظيت بتصيب وافر من العلوم التي استحدثتها النهضة الإسلامية وقد كان الطب أكثر العلوم ملائمة لها، فعينت به وأقبلت عليه، والمعروف أن نساء المسلمين كن يقمن بالخدمات الطبية عندما وقفن وراء الرجال في الحروب منذ زمن بعيد - منذ آمن الرسول ﷺ - يضمّدون الجراح ويجبرن العظام ولعل من أشهر هؤلاء «نسيبة بنت كعب»، وعندما نقلت علوم الطب عن اليونان والسريان والهنود أثناء النهضة الزاهرة للعرب وفي عصورهم الذهبية تعلمت المرأة الفنون الطبية ومارست بعض الخدمات الطبية، وكانت بغداد وقرطبة وما سواهما من مدن العراق والأندلس مسارك لكثيرات من النساء اللاتي تخصصن في العلاج، ومن هؤلاء «أخت الحفيد بن زهير الأندلسي» وابنتها فقد كان لهما نفوذ في فروع الطب عامة وفي أمراض النساء خاصة، وكان «المنصور بن أبي عامر» وارث الخلافة الأموية بالأندلس لا يدعو لنسائه وعامة أهله غيرهما<sup>(٢)</sup>.

وفي خلال الحروب التي نشبت في القرن الثاني عشر أضيف عنصر عسكري إلى التراث الديني المسيحي للتمريض وذلك عندما أنشئت طوائف عسكرية لرعاية المرضى.

وعلى الرغم من أن الرعاية التمريضية كانت أيام الطوائف الدينية والعسكرية بدائية وتقوم على الحدس وتفتقر الاحساس والأساس العلمي

(١) اديت لويس، الممرضة، دار الفكر العربي، ١٩٦٧، ص ٤٦.

(٢) زينب محمد فريد، تعليم المرأة في التراث وفي المجتمعات العربية المعاصرة، دار الكتب، ص ٢٥ - ٢٧.



فإن القائمين عليها كانوا على الأقل مخلصين جادين فى عملهم، ولكن لم يعد الأمر كذلك فى القرون التى أعقبت حركة الإصلاح الدينى فى مطلع القرن «السابع عشر» وذلك عندما دخل التمريض فى أنجلترا أو الولايات المتحدة بصفة خاصة فيما يمكن أن يسمى من وجهة نظر التمريض «بالصورة المظلمة»<sup>(١)</sup>.

وفى هذه الفترة أغلقت المستشفيات بأمر الحكومة، بل لقد سئمت الجمعيات الدينية النسائية نفسها، وحل بعضها إلى غير رجعة.

وأخيراً وصلت حالة الفقراء وبخاصة المرضى منهم إلى درجة من التدهور وكان لابد معها من عمل شئ، وهكذا أخذت المستشفيات واحدة وراء الأخرى تفتح من جديد ولكن تحت الرعاية المدنية والدينية.

ولم يكن من الممكن استمالة أحد للعمل بمستشفيات القرن ١٨ وبداية ١٩ إلا من بين ضالة المجتمع من أميين وسفلة وسكارى وهؤلاء المرضيات هن اللاتى خلدهن الروائى ديكنز «فى شخصية الممرضة ذات المظلة»، أما إذا تصادف وقبلت فتاة مهذبة العمل فكانت ما تجنيه هناك يبعث فى قلبها الرعب والفرع بدرجة لا تملك بعدها إلى الخروج على الفور، وأما إذا بقيت فسرعان ما كانت تكتشف أو يكتشف مرضاها أن الروح الطيبة والنوايا الحسنة ليست كافية لتخفيف آلام المرضى وتسكين أوجاعهم.

ومن ذلك الوقت أحيط اسمها بهالة من الأساطير فيها كثيراً من سوء الفهم وفكرة الناس عن المهنة.

ولكن أتت «فلورنس بنجيل» لتقيم تلك المفاهيم الخاطئة عن المهنة، ولقد أدركت أن التمريض لن يتطور إلا إذا طرأت تغيرات جذرية على نوع النساء اللاتى يقمن بهذا العمل ولذلك كانت تحرص على انتقاء طالبات مدرستها بدقة بالغة، فكانت تختارهن من بين السيدات اللاتى لا يتطرق الشك إلى أخلاقهن ولا يشوب سلوكهم أية شئ به ومن لديهن رغبة فى المعرفة ودافع يحضهن على إيثار مصالح المرضى على مصالحهم الخاصة.

(١) أديت لويس، مرجع سابق، ص ٤٧.

وبجول عام ١٩٠٠ كان يوجد في الولايات المتحدة ما يزيد على ٤٠٠ مدرسة للتمريض، كما تكونت منظمتان قوميتان للتمريض هما:

١ - الجمعية القومية الأمريكية للمشرفين على مدارس تدريب الممرضات، والخريجات وقبل ذلك بعام قامت جامعة كولومبيا بوضع أول برنامج للدراسات الأكاديمية ومن هذا قد يبدو أن التمريض في الولايات المتحدة قد بدأ بالفعل بداية مبشرة بالخير.

وفي العشرينات من هذا القرن كانت خدمات الصحة العامة والتمريض المرتبط بها يتطوران بسرعة كبيرة وسرعان ما اتضح للجميع أن مدارس التمريض تخرج ممرضات لديهن الأسس والمعرفة اللازمة لممارسة العمل في هذا الميدان الهام<sup>(١)</sup>.

ومما يدعو للدهشة حقاً أن المكان الوحيد الذي لم تكن تعمل فيه الممرضات المؤهلات هو المستشفيات وذلك باستثناء العمل في مناصب رئيسة الممرضات، مشرفة، مدرسة وفي أواخر الثلاثينات من هذا القرن حين أصبحت هناك مجموعة كبيرة من ممرضات الخدمة العام تقدم خدمة تمريضية ثابتة للمرضى في أغلب المستشفيات، أصبحت مدارس التمريض تقدم لطلابها برنامج تعليمي على درجة معقولة من التقنين والمستوى المرتفع ووضعت بالفعل مناهج في الدراسات العليا لتزويد الممرضات بمعلومات إضافية تهيئها للعمل في ميادين خاصة<sup>(٢)</sup>.

## ١ - التمريض: «معناه»

هناك كثير من الكتاب من تعرض لمفهوم التمريض ، فنجد مثلاً الكاتبة عفت كامل تعرفه بأنه علم وهو يهتم بالفرد ككل جسم وعقل وروح، ويعمل على رفع وحفظ صحة الفرد جسمانياً وعقلياً وروحياً كما يساعده على الشفاء من المرض ويمتد إلى الأسرة ويشمل ذلك العناية بالبنية وتقديم الثقيف الصحي والقذوة الحسنة<sup>(٣)</sup>.

(١) اديت لويس، مرجع سابق، ص ص ٥١-٥٢ .

(٢) اديت لويس، مرجع سابق، ص ٥٣ .

(٣) عفت كامل، مجلة الممرضة، نقابة مهنة التمريض بجمهورية مصر العربية، ١٩٨٨، ص ١٥ .

بينما نجد أن معنى التمريض فى الصحة العالمية يعنى تقديم الخدمات المتعددة التى تتعلق بالصحة حسب احتياجات الأفراد والجماعات ومهارة وتدريب فى خارج نطاق الوحدات والمستشفيات أى فى المنازل - المدارس - المصانع .. الخ.

وذلك للأسباب الآتية:

- ١ - تخفيف الضغط على المستشفيات والوحدات.
- ٢ - رفع مستوى الوعى الصحى بين الأفراد والجماعات.
- ٣ - العمل على تقديم خدمات الطب والتمريض.
- ٤ - تعليم المبادئ الأساسية للحياة الصحية السليمة.
- ٥ - تقديم خدمات أخرى كالخدمات الاجتماعية - التغذية .. الخ حيث تتعلق بحالة المرضى وعائلاتهم الصحية والمعيشية.
- ٦ - تنفيذ وسائل العلاج وأوامر الأطباء.
- ٧ - تعليم أحد أفراد الأسرة القيام بخدمة المريض وتنفيذ وسائل العلاج ورفع المستوى الصحى بين الأفراد<sup>(١)</sup>.

ويقدم لنا فريق آخر من الباحثين تعريفاً ثالث للتمريض على أنه هو القيام على المريض وتعهده فى أثناء مرضه والتكفل بتنفيذ أوامر الطبيب بكل اعتناء ودقة. وهو من أهم خواص الحياة الاجتماعية الحديثة. والمعتاد أن يكون التمريض من عمل النساء لما فيه من الصفات التى تؤهلن لهذا العمل الشريف مثل الحنان، والرافة والرحمة ورقة القلب والصبر، وكل هذه من مستلزمات التمريض<sup>(٢)</sup>.

وهنا تعريف آخر للتمريض بأنه علم وفن وروح والتضحية الإنسانية عن طيب خاطر فى سبيل رعاية المريض جسدياً وعقلياً ونفسياً. وهو خدمة الفرد ومساعدته على استرداد صحته البدنية والروحية والاحتفاظ بها على أعلى مستوى ممكن<sup>(٣)</sup>.

(١) د. أنصاف محمود على الطويل، التمريض فى الصحة العامة، الشركة المصرية للطباعة والنشر، ١٩٧١، ص ١٢٣.

(٢) د. محمد عبد الحميد، التمريض المنزلى، مطبعة المعارف، ١٩٣٣، ص ١.

(٣) اللجنة المركزية العليا للخدمات الصحية، الممرضة المتطوعة، دار الكتاب العربى، ١٩٧٠، ص ٧٨.

كما أن التمريض هو مساعدة المريض على التخلص من آلامه الجسدية والقلق النفسى بواسطة رعايته والعناية به، العناية الكاملة والشاملة للناحية البدنية والروحية هناك فكرة جديدة بدأت تغزو مجال التمريض فى الآونة الأخيرة وهى فكرة الممرضة الطبية للأسرة، أن فكرة الممرضة الطبية ليست فى الواقع فكرة جديدة، وعلى الأقل فى البلدان النامية، فقد كان لابد للممرضات المحترفات - على مدى سنين طويلة - من حمل قدر هائل من المسئولية، أحياناً خارج نطاق تخصصهن وغالباً فى قطاعات منعزلة لنا فى بلادهن وقد ظهرت حركة الممرضة الطبية منذ حوالى ٢٠ سنة وفى ولاية «كولورادو» فى وسط غرب الولايات المتحدة. فقد تم تدريب الممرضات المتخرجات فى مستوى فوق الأساس فى جلسات جامعية ليصبحن ممرضات مطيبات للأطفال. وقد ألهن تدريبهن بالتحديد لرعاية الطفل السليم من حيث متابعة نموه وتطوره، وتدبير تغذيته للتمكن من اكتشاف أية حالات تبدو غير طبيعية<sup>(١)</sup>.

وقد تخرجت فى عام ١٩٨٠ المجموعة الأولى من هؤلاء الممرضات مطيبات للأسرة بعد دورة تدريبية اقليمية مدتها ١٠ شهور فى «سانت فنسنت» وغرينادا.

ولتوضيح المعنى نقل أنهن أساساً ممرضات ضمن ممرضات المستشفيات ينتقلن إلى كل اقليم وجميعهن قابلات مؤهلات. فلماذا لا يتم اختبار بعض هؤلاء وتزويدهن بتدريب فوق الأساس فى أخذ التاريخ المرضى والفحص الغير بيانى وعلاج المشاكل الصحية.

ويعنى تعبير الممرضة الطبية للأسرة «إذن أن الممرضة لديها من الكفاءة ما يمكنها من رعاية ومراقبة صحة الأفراد من جميع الأعمال»<sup>(٢)</sup>.

ولا يفوتنا أن نذكر بعض الشئ عن التمريض المنزلى حيث أنه يختلف كثيراً عن التمريض فى المستشفى، ففي المستشفى يجد الإنسان كل ما يحتاج إليه المريض، وليس على الممرضة إلا أن تتعهد المريض وتقوم بنظافة غرفته، وليس عليها أن

(١) المرجع السابق، ص ٧٨.

(٢) هيلين م. ماكديويل، مجلة منظمة الصحة العالمية: العدد ٩٤، تصدر عن منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٤، ص ١٩ - ٢٢.

تفكر فى غذائه لأن الطبيب يأمر الغذاء اللازم الذى يحضره الخادم فى الميعاد الموقوت، على عكس هذا فالظروف ليست متوفرة للقيام بأعمال التمريض على هذا الوجه فى البيت فقد تقوم مديرة البيت بالتمريض مثلاً وهذا يمثل عبء جديد إلى جانب عملها الأساسى، ولنفرض أن فى الأسرة عدداً كافياً لتمريض<sup>(١)</sup> المريض فى بيته، فوقتئذ يلزم تنظيم التمريض بطريقة مرتبة لا كما يحدث فى كثير من البيوت إذ يقع أحد أفرادها علية فيسرع الآخرون جميعاً للقيام عليه وتعهده والنتيجة الطبيعية لذلك هى ازدحام الغرفة بجميع أفراد الأسرة وسهرهم جميعاً عنده، وإهمال الغذاء، وإزعاج المريض، وربما كان ذلك سبباً فى إهمال المريض.

والذى يجب عمله هو تنظيم التمريض، فيحدد لكل فرد وقت معين يقوم فيه بعمله وليكن أكثر الأفراد خبرة وأحسنهم تدبيراً وتمريضاً هم الذين يتعهدون المريض أثناء حضور الطبيب لكى يخبروا الطبيب بحالة المريض ويتلقون أوامره، بينما يرتاح سائر الأفراد نوماً أو قضاء للحاجات<sup>(٢)</sup>.

## ٢ - أخلاقيات وآداب مهنة التمريض:

يجب قبل البدء فى التحدث عن أخلاقيات المهنة وهو موضوع هام .. مراجعة لتعريفنا لمهنة التمريض حتى يمكن معرفة الأسباب التى دعت لأن نهتم بهذه المهنة باتباع أخلاق وآداب معينه تنظيم سلوك العاملين فيها، فالتمريض كما ذكرنا آنفاً هو علم وفن وهو يهتم بالفرد ككل ويعمل على رفع وحفظ صحة الفرد جسمانياً وعقلياً وروحياً كما يساعده على الشفاء من المرض ويعتمد إلى الأسرة والمجتمع، ويشمل ذلك العناية بالبنية وتقديم الثقيف الصحى والقذوة الحسنة.

ومن التعريف السابق نجد أن مجال عمل الممرضة ليس المستشفى لتمريض المريض فقط غير القادر بل تعمل مع الفرد السليم ومع الأسرة خارج حدود المستشفى إذ يجب أن تكون القذوة التى يسعى إلى محاكاتها كل من تتعامل معه هذه القذوة، ولن تكون عاملاً مؤثراً فى رفع صحة المواطنين ومساعدتهم على حماية أنفسهم من الأمراض ومساعدتهم على حماية أنفسهم من الأمراض إلا إذا كانت قذوة صالحة جسمانياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً وهذا لن يتأتى إلا بالبدء

(١) د. محمد عبد الحميد، مرجع سابق، ص ٣ - ٤.

(٢) المرجع السابق.

بها من مدرسة التمريض التي تدربها على ترويض النفس والتحلى بالصفات والآداب التي تتطلبها المهنة مثل الدقة والأمانة وقوة الملاحظة والقدرة على الضبط (ضبط النفس) واتخاذ القرار<sup>(١)</sup>.

وفيما يلي أهم المبادئ «التي وردت في المبادئ الدولية لمهنة التمريض والتي يجب على كل ممرضة أن تراجعها في ممارستها لعملها حتى نصل جميعاً إلى المستوى المطلوب وهي:

- ١ - أن تسلم بقوانين البلد الذي تعمل فيه.
- ٢ - الإلمام بقوانين ومزاولة المهنة أو القواعد والتعليمات التي تحدد مسئولياتها.
- ٣ - الإلمام بالمبادئ الدولية للمهنة.

وفيما يلي أهم ما جاء بهذه المبادئ:

- ١ - احترام الحياة والمحافظة عليها وتجنب الآلام والارتفاع بمستوى الصحة دون النظر إلى الحالة الاجتماعية أو الاقتصادية للفرد.
- ٢ - احترام عقائد المريض والمحافظة على أسرارها.
- ٣ - إلتزام الممرضة في جميع الأوقات بتقديم أعلى مستوى من العناية التمريضية.
- ٤ - استمرار اكتسابها معلومات ومهارات تساعد في الارتفاع بمستوى المهنة والاشتراك في الأنشطة التي تساهم في تطورها.
- ٥ - التعاون في الفريق الطبي وتحمل مسئولية اتخاذ القرار المبني على الحكم الشخصي السليم وتعمل على حماية الفرد والمجتمع من أى عمل غير أخلاقي أو غير قانوني يصدر عن أى شخص وقد يؤثر على سلامة العناية بالتمريض<sup>(٢)</sup>.

• هناك مجموعة أخرى من الصفات التي يجب أن تتحلى بها الممرضة:

- ١ - أن تكون قادرة على تكيف نفسها حسب البيئة التي تعمل بها مستخدمة في ذلك ما تعلمته من علوم فن التمريض.

(١) عفت كامل، مجلة التمريض، مرجع سابق، ص ١٥.

(٢) عفت كامل، مجلة التمريض، مرجع سابق، ص ١٥.



- ٢ - أن يكون مظهرها لائقاً بالمهنة محترماً ومرتباً ونظيفاً وأن تكون ملابس المستشفى مناسبة فى الطول، والاتساع لسهولة الحركة أثناء تأدية عملها.
- ٣ - أن تكون محمودة السير والسلوك، حسنة التصرف، لبقة فى معاملتها مع زميلاتها ورؤسائها ومع المرضى والأطباء وموظفى الأقسام المختلفة بالمستشفى.
- ٤ - أن تكون قادرة على إدارة وتنظيم الأعمال التى تؤكل إليها فى حدود قوانين وإمكانيات المستشفى.
- ٥ - ألا تضع المساحيق وألا تلبس المجوهرات أثناء العمل بالمستشفى وأن تكون أظافرها مقلمة ونظيفة كما يجب على المريضة ألا تخرج بملابس المستشفى إلى الشارع والأماكن العامة<sup>(١)</sup>.

• أما عن الصفات الخاصة بممرضة الصحة العامة فهى:

- ١ - أن يكون لها الرغبة فى الدراسة والقراءة والتطور الدائم.
- ٢ - تتحلى بالروح الطيبة لمعاونة الجميع.
- ٣ - تتصف دائماً بالخدمات الجيدة المتقنة.
- ٤ - الاعتماد على النفس.
- ٥ - لها شخصية قوية توحى بالثقة فيما تقدمه من خدمات للمجتمع.
- ٦ - ذات قدرة على القيام لنجاح الأعمال وثقة المتعاملين معها.
- ٧ - تكون حساسة ولطيفة ومؤمنة بوظيفتها مقتنعة بها تمام الاقتناع.
- ٨ - المحافظة على الأسرار<sup>(٢)</sup>.

بالإضافة إلى بعض الصفات مثل نضج الشخصية والاستقرار العاطفى والذكاء والاهتمام بالناس والرغبة فى تلبية حاجات الآخرين بشرط أن تكون رغبة صادقة ناجحة عن الاحساس بالمسئولية وحب المهنة وانكار الذات والتفانى فى خدمة الغير<sup>(٣)</sup>.

(١) اللجنة المركزية العليا للخدمات الصحية، للمريضة المتطوعة، مرجع سابق، ص ٧٨.

(٢) د. انصاف محمد على الطويل، مرجع سابق، ص ١٣.

(٣) اديت لويس، مرجع سابق، ص ٧٤.

### ٣ - أسباب عدم الإقبال على مهنة التمريض:

خلال القرن السابع عشر وعند دخول التمريض إلى إنجلترا والولايات المتحدة مرت مهنة التمريض بمرحلة صعبة وصفت من وجهة نظر التمريض «بالصورة المظلمة» وذلك بسبب الصورة السيئة التي كانت لدى الجماهير عن طبيعة شخصية الممرضة ولم يكن من الممكن استمالة أحد للعمل بمستشفيات القرن ١٨ وبداية ١٩ إلا من بين حثالة المجتمع من أميين وفجرة وسفلة وسكارى أما إذا تصادف وقبلت فتاة مهذبة العمل فكانت ما تجنيه هناك يثبت في قلبها الرعب والفرع بدرجة لا تملك معها إلا الخروج على الفور، وأما إذا بقيت فسرعان ما كانت تكتشف أو يكتشف مرضاها أن الروح الطيبة والنوايا الحسنة ليست كافية لتخفيف آلام المرض وتسكين أوجاعهم ومن ذلك أحيط اسمها بهالة من الأساطير وسوء الفهم عن واقع المهنة<sup>(١)</sup>.

يمكن لنا أن نتعرف على أهم أسباب عدم الإقبال على مهنة التمريض في عصرنا هذا وذلك من واقع مذكرة مرفوعة للسيد الأستاذ الدكتور الوزير بشأن هذا الموضوع:

- ١ - أسباب اجتماعية نتيجة لنظرة المجتمع للمرضى والتقاليد الموجودة في الصعيد والتي تحد من تعليم البنات وخصوصاً في هذه المهنة.
- ٢ - أسباب اقتصادية نتيجة لضعف الأجر وعدم صرف أجر ساعات العمل.
- ٣ - طبيعة عمل التمريض تتطلب مجهوداً جسمانياً وذهنياً مضاعفاً بالمقارنة بالأعمال الأخرى المتاحة للسيدات كما تتعارض مواعيد ونظام العمل مع واجبات الأسرة وخصوصاً المتزوجات.
- ٤ - تعليم التمريض لا يجذب الطالبات لعدم وجود الانشاءات الصالحة بهذه المدارس ولضعف مستوى المدرسات.

وقد أدت الأسباب السابقة إلى عدم الإقبال على دراسة التمريض مما أدى

إلى:

- ١ - نقص في الممرضات في مناطق الصعيد والحدود والهروب من العمل في المستشفيات أو الوحدات التي توجد بها نرتجيات وسهر.

(١) اديت لويس، مرجع سابق، ص ٧٤

- ٢ - اضطراب المسئولين عن مدارس التمريض إلى قبول الحاصلات على أدنى الجامعات وعدم الاهتمام نتيجة الكشف الطبى أو اجتياز اختبار شخصى للطالبة لتحديد مدى صلاحيتها لهذه المهنة مما أدى إلى ضعف مستوى الخريجات.
- ٣ - هروب معظم خريجات المعهد العالى للتمريض للعمل خارج الجمهورية وكثير منهن لا يقبلن التكليف وكذا الكثير من الممرضات العاملات بالمستشفيات.
- ٤ - زيادة الأعباء على الممرضات العاملات بالجمهورية مما أدى إلى زيادة عدد ساعات العمل ومضاعفة الجهود نظراً لقيامهن بتمريض أعداد كبيرة من المرضى (\*).

#### ٤ - الدور الاجتماعية للممرضة :

##### تمهيد:

- إذا كان الإنسان فى حياته العادية التى يخلو فيها من المرض يحتاج إلى حسن المعاملة من جانب كل من يتصلون به الأمر الذى يساعد على استقراره النفسى فمن باب أولى أن تكون هذه المعاملة الإنسانية واجب فى حالات المرض والعجز.
- ومن أهم الأسباب التى تكسب مهنة التمريض شرف وكرامة أنها ترعى الإنسان وهو مريض فتساعد فى التسكين من آلامه والتخفيف من اضطرابه وقلقه - وتعاونه المعاونة النفسية المطلوبة التى ترفع من معنوياته وتعزز عوامل اطمئنانه فيسكن إلى الرعاية ويقبل عليها.
- ويدخل فى موضوع المعاملة الإنسانية ما تتحلى به الممرضة من بشاشة الوجه والهدوء والصبر وأن تكون مساعة فى تلبية نداء المريض وتلبية حاجاته حريصة على القيام بأعمال التمريض على المستوى اللائق<sup>(١)</sup>.
- وإذا فعلت الممرضة والتزمت بكل هذه الأمور فهى بحق تستحق كل الاحترام والتقدير على هذا العمل السامى.

\* نقل عن مذكرة مرفوعة للسيد الاستاذ الدكتور الوزير بخصوص أسباب عدم الإقبال على مهنة التمريض والاقتراحات التى يمكن أن تساهم فى تطويرها، مقدمة بتاريخ ١٩٧٩/٧/٢٩.

(١) د. محمد لبيب إبراهيم وآخرون، التشفيى الصحى، الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية، ١٩٧٩، ص ١٢، ١٩.

- والمرأة الممرضة تسهم بعدة أدوار متعددة فى مجال الحياة الاجتماعية بصفة عامة وقبل أن نتعرض لدور المرأة فى الرعاية الصحية يجب أن نعرف أولاً: الدوافع التى تحتم ضرورة اشتراك المرأة واسهامها فى مجال التمريض والمجالات الأخرى كتنظيم الأسرة.

### أولاً:

إن أعضاء هيئة التمريض تتمتع بعلاقات فريدة مع أعضاء المجتمع بصفة عامة بالممرضة لا يقتصر دورها مع المرضى فقط بل تمتد هذه العلاقة لأفراد أسرة المريض وذلك أثناء قيام الممرضة الزائرة الصحية والقابلة بالزيارات المنزلية.

وحيث أن غالبية الممرضات فى الوطن العربى على دراية واسعة بالمصطلحات الطبية فإننا نرى أن هذه المقومات تتيح للممرضة فرصة لا تتضاهى فى توعية أعضاء المجتمع فيما يتعلق بالمسائل الحيوية مثل الرعاية وتنظيم الأسرة.

### ثانياً:

أن الثقافة الصحية والمعلومات الطبية التى يتمتع بها أفراد هيئة التمريض تتيح لمن فرصة كبيرة لإقناع المواطنين بالمشاكل السكانية وعلاقتها بالصحة.

مما سبق تتضح لنا أن هناك مبررات قوية تحتم ضرورة اشتراك هيئة التمريض فى المجالات. الحيوية فى المجتمع وخاصة وخاصة فى مجالى الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة.

وفيما يلى نستعرض دور الممرضة فى الرعاية الصحية ومجالات أخرى متعددة:

#### أ - دور الممرضة فى الرعاية الصحية :

إن دور الممرضة فى الرعاية الصحية معروف فهو أول ميدان عملى تفتح فيه المرأة وتثبت فيه جدارتها بل إنها تحتل مركز الصدارة بالنسبة لهذا الميدان فأعمال التمريض فى المستشفيات ملقاة بالكامل على عاتق الممرضة وفى هذا الدور تعتبر الممرضة ملاك الرحمة بحكم طبيعتها فى مواساة المريض وتقديم الرعاية والحنان والعطف له فهى تعمل على إلتئام جراحهم وإزالة غلهم ولا ننسى ما تقوم به

المنظمات النسائية فى التخفيف من الآلام فى السلم والحرب على السواء كاهلال الأحمر وما يقوم به سيدات هذه المنظمة من خدمات جليلة حتى أصبحت حركة دولية تؤدى خدماتها فى امداد الممرضة بمعلومات عامة عن الطفل وعوامل نموه واحتياجاته الجسمية النفسية والاجتماعية.

#### ب - دور الممرضة فى العمل الميدانى :

يشكل هذا الدور بما يحتويه من أعمال الأساس لعمل الممرضات فى مجال تنظيم الأسرة وتشمل هذه الأعمال التعرف على الحالات عن طريق التوعية والتوجيه وتعليم الأفراد وحثهم على تقبل خدمات برامج تنظيم الأسرة ويمكن للممرضة أن تقوم بهذا العمل إما عن طريق الاتصال المباشر بالأفراد أثناء قيامها بواجباتها التمريضية الأخرى أو عن طريق تقديم برامج ثقافية خاصة بتنظيم الأسرة أما فى المراكز الصحية أو المستشفيات أو المصانع وغير ذلك من المؤسسات التى تقدم خدمات صحية ويوجد بها تجمعات جماهيرية كذلك يجب على أعضاء هيئة التمريض سواء كن يعملن فى مجال تنظيم الأسرة أو أى عمل آخر من ضمن مجالات الرعاية الصحية المشاركة فى توزيع المنشورات والكتيبات والصور الخاصة فى مراجع تنظيم الأسرة على أفراد المجتمع.

كذلك يشمل العمل الميدانى توجيه الأفراد إلى الهيئات والمراكز المتخصصة فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة أما إذا ما عملت الممرضة فى إحدى مراكز تنظيم الأسرة فإن واجباتها بالإضافة إلى أعمال التوعية هى إعداد الأفراد طبياً ونفسياً تقبل الفحوص والارشادات الطبية هذا إلى جانب معاونه الطبيب فى الكشف وتحضير حجرات الكشف والتأكد من تدوين البيانات اللازمة وحفظ التذاكر الخاصة وترتيبها بما يتلاءم مع المبادئ العلمية الحديثة.

ومن مسئوليات الممرضة أيضاً:

- تتبع الحالات لدى المرضى ومعرفة مدى تردد الأفراد على المراكز الطبية والأسباب التى تغرق دون تردهم إلى هذه المراكز ويكون ذلك إما عن طريق الزيارات المنزلية والاتصال الشخصى أو عن طريق المكاتبات والمراسلات.

- وتقوم الممرضة بعمل اجتماعات ومناقشات مع الأسرة والأم لإرشادها وتوجيهها في تعديل العادات الصحية والنهوض بالمستوى الصحي للأسرة والتوعية بالأمراض المنتشرة في البيئة وخاصة «البيئة الريفية» وطرق مقاومتها.
- والتعرف على المرض والميكروبات - وطريقة انتشارها - ومعاونة المرضى من خلال علاجهم كذلك العناية بالصحة العامة والنظافة الشخصية والتطعيم والعناية بالعيون وتكوين العادات الصحية ونظافة المنازل.

### ج - دور الممرضة في رعاية الطفولة والأمومة :

حيث تسهم الممرضة في إرشاد الأم الحامل إلى كيفية العناية بالطفل وذلك أثناء الحمل وبعد الوضع وتغذية الطفل وكيفية إرضاع الطفل ومقاومته من الأمراض.

أيضاً تقوم الممرضة بدور فعال في مجال تنظيم الأسرة وتوضيح أهميته الاجتماعية والاقتصادية والنفسية وشرح أثر العلاقة بين تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل وكذلك تسهم الممرضة كمرشد في توجيه الأمات والزوجات والفتيات المقبلات على الزواج بالمعلومات الأساسية عن التغذية وعلاقتها بالصحة والعادات الصحية السليمة التي يجب اكتسابها للحصول على نتائج طيبة في مجال الصحة العامة.

وغالباً ما تقوم المرأة الممرضة بهذه المهام من خلال بعض البرامج مثل:

### برنامج الرعاية الصحية:

ويتضمن هذا البرنامج: الاسعاف الأولية ودراسة أهم الأمراض وطرق انتشارها والإصابة<sup>(١)</sup> بها وكيفية علاجها.

### د - دور الممرضة في تقديم الخدمات الاكلينيكية المتخصصة :

في كثير من البلاد المتقدمة يوجد ممرضات ومولدات قد تلقين التدريب الكافي للقيام ببعض الأعمال الاكلينيكية المتخصصة مثل المساعدة في تركيب وسائل تنظيم الأسرة والفحص الداخلي للمرأة إلى آخر الأعمال التي تسند في غالبية الأحيان إلى الأطباء ولذلك يجب العمل على اتباع مثل هذا النظام بشرط

(١) د. اقبال محمد بشير، المرأة والتنمية، الإسكندرية، ١٩٨٠، ص ٢١.



أن تقوم المولدة بهذه الأعمال بعد تدريب كافى وان تستند لها هذه الاعمال وتكون تحت إشراف الطبيب فى حالتى:

- ١ - عدم توافر الأطباء خاصة فى الأماكن النائية وانشغال الأطباء بأعباء التشخيص والعلاج غير ذلك من الأعمال.
- ٢ - هو أن كثير من السيدات يرفضن رفضاً باتاً أن يقوم بفحصهن أطباء ذكور وخاصة فى المناطق الريفية.

#### هـ - دور الممرضة فى التعليم :

يقوم على عاتق الممرضة العاملة فى مجال تنظيم الأسرة مسئولية تدريس وتعليم طالبات التمريض والتوليد وكذلك القيادات الشعبية والفئات المساعدة على كافة الخدمات والأهداف والمشاكل الخاصة ببرنامج تنظيم الأسرة وعلى مدرسات التمريض توعية الطالبات وحثهن على الاهتمام بالمسائل السكانية وعلاقتها بالصحة والتنمية أثناء الدراسة فى مدارس التمريض سواء كان ذلك ضمن مقررات تمريض الصحة العامة أو النساء والتوليد وكذلك يجب على المدرسات اتباع أساليب وطرق التربية الحديثة لضمان الخريجات من الممرضات والموليدات والفئات المساعدة لهن عند التخرج سيساهمون بروح عالية وجد به فعالة فى تحقيق أهداف برامج تنظيم الأسرة.

وللمرأة الممرضة دور فى الإدارة والإشراف: فىكون على القيادات التمريضية فى مجال تنظيم الأسرة الإشراف فى رفع كفاءة العاملين بالتمريض فى تنظيم الأسرة ويكون ذلك عن طريق وضع البرامج التعليمية والتدريبية لسداد وجه القصور فى أداء العاملين كذلك يجب على الممرضات الإشراف فى رسم السياسة العامة لتوصيل الخدمات الخاصة ببرامج تنظيم الأسرة وكذلك عن طريق تحديد الأعمال التى يجب أن تقوم بها هيئة التمريض وتوزيعها على العاملين وكذلك تقييم كفاءتهن فى القيام بالأعمال الموكلة إليهن.

#### و - دور الممرضة فى العيادات الخارجية :

تستخدم الممرضة أسلوب تعليمى مناسب لإقناع المريض ومساعدته على فهم التعليمات الخاصة بالغذاء وعليها أن تعرف أن ليس من السهل أن يقبل

## التمريض وأهميته

الإنسان التغير فى نظام غذائه الذى تعود عليه ولكنها تأتى بالتدريب فعلية أن تتعامل مع المريض بشئ من الصبر وأن تقدم ارشاداتها إلى المريض تبعاً وبالتدريب حتى يتأقلموا ويصبح التغير عادة عليها.

أيضاً تستطيع الممرضة أن تقوم بتوعية المريضة فى أقسام النساء والولادة عند زيارتها للطبيب قبل الولادة وأن تشرح لها المواد الغذائية التى تحتاجها أثناء فترة الحمل وأن تقدم النصائح الغذائية للأطفال حيث يكثُر الأمهات من أن الأسئلة وعلى الممرضة أن تجيب على هذه الأسئلة.

### ز - دور الممرضة فى الصحة العامة:

وتتلخص خدماتها فيما يلى:

- ١ - تقديم خدمات تمريضية للمرضى فى المنازل - المصانع - المدارس.
- ٢ - المساعدة فى اكتشاف حالات جديدة لضمان سرعة الشفاء من الأمراض.
- ٣ - تحويل المرضى كل حسب حالته ومتابعة الحالات حتى الشفاء أو الوفاء.
- ٤ - المساعدة فى التشخيص وذلك عن طريق قيام الممرضة بتسجيل ملاحظاتها عن المرضى والتغيرات الطارئة.
- ٥ - العناية بالحامل والنساء والوضع.
- ٦ - العناية بالمولدين.
- ٧ - الاهتمام بالصحة العامة والنظافة الشخصية.
- ٨ - التعاون مع الأفراد العاملين معها - كالأطباء - الزميلات - الإداريين لتقديم الخدمات بصورة فعالة.

وهناك قواعد أساسية فى الصحة العامة: فيجب أن تكون خدمات التمريض حسب احتياج المجتمع بتطوره وتكون الخدمات الاجتماعية لا فردية وأن يقتصر خدمات التمريض على الحاصلات على المؤهلات الكافية لتحمل أعباء الفريق فى الصحة العامة بالإضافة إلى الاهتمام بالثقافة الصحية للمريض وأسرته والمجتمع.

وتعتبر الممرضة فى الصحة العامة: هى حلقة الاتصال بين أعضاء الفريق الصحي والأهالى.

وهى من أهم أعضاء الفريق الصحى للأسباب الآتية:

- ١ - المساعدة فى إعطاء صورة عن الأسرة والمنزل وطرق المعيشة لباقي الأعضاء دون شعور الأعضاء بتدخلها فى حياة الأسرة الشخصية.
- ٢ - المساعدة بالعمل الصحيح فى التشخيص (أخذ الحرارة - والنفس بدقة - تدوين الأعراض).
- ٣ - استدعاء الفريق الصحى عند الحاجة.
- ٤ - تدلى بآرها وتشرك فى وضع الخطيط المطلوبة لرفع مستوى الخدمات.
- ٥ - تنفيذ وسائل العلاج والعزل والتمريض بخدماته المختلفة ومراقبة المخالطين والتبليغ عن الحالات الجديدة.
- ٦ - القيد والسجلات<sup>(١)</sup>.

## **المبحث الثالث**

# **الصحة والمرض من منظور اجتماعي**

### **الفصل الأول**

**الصحة ... المفهوم والمجالات.**

### **الفصل الثاني**

**البيئة وصحة المجتمع.**

### **الفصل الثالث**

**المرض ... المفهوم والأسباب والنظريات.**

### **الفصل الرابع**

**المهنة والمرض.**

### **الفصل الخامس**

**المرض والعشوائيات.**

### **الفصل السادس**

**الطب الإسلامي**

### **الفصل السابع**

**الطب البديل**



## **الفصل الأول**

### **الصحة ... المفهوم والمجالات**

**تمهيد.**

**أولاً - مفهوم الصحة**

**ثانياً - الصحة العامة ومجالاتها**

**ثالثاً - قياس مستويات الصحة.**

**رابعاً - عوامل نجاح الصحة وحلها في المجتمع**

**خامساً - الأنماط الاجتماعية والثقافية وتأثيرها على الصحة.**

**سادساً - الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية**





## تمهيد :

لو قبلنا التعريف السلبي لمفهوم الصحة (حالة الخلو من المرض الواضح) لأصبح من اليسير أن نعتبر كل الأشخاص الذين لا يستشعرون المرض ولا تظهر عليهم أية علامات مرضية واضحة عند فحصهم بدقة أشخاص أصحاء، غير أن هذا المفهوم يبدو ضيقاً جداً حينما نقارنه بالتعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية التي تصف الصحة باعتبارها «حالة كاملة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية لا مجرد الخلو من المرض والضعف»<sup>(١)</sup>. وربما كان لاتساع نطاق هذا التعريف يجعل من الصعب استخدامه في التمييز بين المرضى والأصحاء على أساس إجرائي أو عملي، ومن ثم فإن هناك فائدة تكاد تحضرنا في توجيهنا نحو الأبعاد العامة للصحة والإشارة إلى أن السلامة الجسمية ذاتها تعتمد على السياق الذي يعيش فيه وعلاقنا بالآخرين والمخاطر الجسمية التي نتعرض لها في حياتنا، وعموماً فإن فهم مضافين لمفهوم الصحة والمرض يعد مطلباً أساسياً حتى وأن كان من المتعذر تعريفها تعريفاً دقيقاً، وفضلاً عن ذلك وحتى من وجهة النظر العلمية علينا أن نعرف أكثر فأكثر على أنه في المدى البعيد فإن سلامتاً سوف يقل اعتمادها على تقدم الممارسات الطبية، وسيزداد اعتمادها على الأسلوب الذي نختاره للحياة وما يحدث في البيئة التي نعيش فيها والأكثر من ذلك أن جانباً كبيراً من حيوتنا الجسمية ترجع إلى المشاركة والاندماج في أنشطة الحياة اليومية، والاحساس بمعنى النشاط الاجتماعي الذي نمارسه في الحياة وانكار هذه الحقيقة بمعنى أننا نعتبر الإنسان آلة وأن أعضاء المهن الطبية هم مجرد متخصصين في صيانة هذه الآلة والمحافظة عليها<sup>(٢)</sup>.

## أولاً - مفهوم الصحة:

ومن الواضح أن معظم الناس لا يدركون معنى الصحة فمنهم من يتوهم أن قوة عضلاته وقدرته على حمل الأثقال هي عنوان الصحة ولكن هي «حالة الكفاءة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العاهة واكتمال صحة الإنسان تجيء عن طريق اكتمال النواحي الآتية»:

(1) Sannette R. Falta and others, Asciological Frame Work For Patient Care, Awiley Medical Publication, New York, 1977 P:

(٢) محمد على محمد وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، ١٩٩١، ص ٦٣ : ٦٤.

١ - اكتمال الناحية البدنية: وهى أن تؤدى جميع أعضاء الجسم للإنسان وظائفها بصورة طبيعية وبالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى ولا يمكن أن يتحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة من يشعر الجسم بالحياة والنشاط.

٢ - اكتمال الناحية النفسية: وهى أن يكون الإنسان فى سلام مع نفسه وأن يكون متمتعاً بالاستقرار الداخلى وأن يكون قادر على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية، والإنسان الذى لا يستطيع أن يعيش بسلام مع نفسه لا يمكن وصفه بأنه يتمتع بالصحة.

٣ - اكتمال الناحية الاجتماعية: وهى قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس وأن يكون للإنسان دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة من مسكن صحى وملابس مناسبة لفصول السنة وغذاء صحى ... الخ، ولذلك فإن عدم القدرة على مباشرة الآخرين هو مرض ينبغي علاجه حتى لو كان صاحبه له قوة عضلات ولا يشكو من مرض<sup>(١)</sup>.

ولقد عرف العالم بركنز الصحة بأنها حالة التوازن النسبى لوظائف الجسم، وإن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التى يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه - ويمكن أيضاً تعريف الصحة من ناحية درجتها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة والموت بين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة على ذلك تكون درجات الصحة كالتالى:

أ - الصحة المثالية: وهى درجة التكامل والمثالية البدنية والنفسية والاجتماعية وهى مستوى نادراً ما يتوفر ويعتبر بمثابة هدف بعيد لبرامج الصحة العامة والاجتماعية تحاول الوصول إلى تحقيقه.

(١) محمد درويش البرجى، التربية الصحية وصحة المجتمع، وزارة التربية والتعليم، ١٩٧٦، ص ٩٠.

ب - الصحة الإيجابية: وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية دون ظهور أى أعراض مرضية.

ج - سلامة متوسطة: وفيها لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة لذلك فإنه عند التعرض لأى مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض.

د - مستوى الاحتضار: فى هذا المستوى تسوء الحالة الصحية إلى حد يصعب معه استعادة الصحة<sup>(١)</sup>.

## ثانياً - الصحة العامة ومجالاتها:

### أ - مفاهيم الصحة العامة:

هناك مصطلحات توضح معنى الصحة العامة منها: علم الصحة - صحة البيئة - الطب الوقائى - الطب الاجتماعى والصحة العامة وسأخذ منها:

١ - صحة البيئة: حيث أن البيئة علم وفن حفظ وتحسين البيئة والمشاكل البيئية التى تؤثر فى الجماعات مثل مياه الشرب وتصريف الفضلات الأدمية وجمع القمامة والتخلص منها وصحة الملبس والطعام والتهوية والاضاءة فى المنشآت ونظافة الشوارع والمتنزهات ومكافحة الحشرات ومنع الضوضاء والغازات الضارة التى تؤثر على صحة الإنسان وبالتالي تؤثر على إنتاجيته وتنميته.

٢ - الطب الوقائى: هو فن الوقاية من المرض وهو ينقسم إلى مستويين:

أ - مستوى فردي: يرتبط بمفهوم الشخصية ومكوناتها مثل التغذية والنظافة والرياضة هذا بالإضافة لإستعمال الأمصال والعلاج المبكر للحالات المرضية قبل أن تحدث المضاعفات.

ب - مستوى المجتمع: يركز اهتمامه على المجتمع بدلا من الفرد ويشمل صحة البيئة مضافا إليها الطب الوقائى من الأمراض المعدية وانتشارها.

(١) فوزى رزق على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف، إسكندرية،

٣ - **الطب الاجتماعى:** حيث ارتبط الطب بالنواحي الاجتماعية حيث قال «نيومان» أن علم الطب يعتبر بالضرورة علم اجتماعى وطالما أن ممارسة الطب لا تتسم بهذا الطابع فإننا سوف لا ننتفع بمزاياه وسوف نرضى صاغرين صدقة فارغة ومنها يكون الطب الاجتماعى معتمدا على عدة أسس منها:

- أ - أن صحة الناس تعتبر مسئولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع.
- ب - أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها آثار هامة على الصحة والمرض.
- ج - أن الإجراءات التى يقوم بها المجتمع للإرتقاء بالمستوى الصحى تستلزم بالضرورة الاعتماد على الارتفاع بالمستوى الصحى<sup>(١)</sup>.

٤ - **الصحة العامة:** والصحة العامة ترتبط بمجالات الخدمة الاجتماعية وأنها علم اجتماعى يرتبط بعلوم الاحياء والعلوم الطبيعية وفى الواقع يجب أن يتسع مفهوم الصحة العامة والاجتماعية ليشمل ما هو أكثر من أعمال وزارة الصحة فيشمل المستوى المعيشى ومستوى التعليم وظروف العمل والمهن المختلفة وما إليها من عوامل تؤثر على صحة الشعب وبالتالي تؤثر على إنتاجيتهم<sup>(٢)</sup>.

## ٢ - الصحة المهنية والعمالية

١ - **مدلولها وأهدافها:** وهى أحد فروع الصحة العامة ويختص بصحة العاملين فى المهن المختلفة سواء فى الزراعة أو التجارة أو الصناعة.

- وتهدف الصحة المهنية إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والاجتماعية للعاملين فى المهن المختلفة ويتم هذا بالعمل على الوصول للأغراض التالية:
- ١ - التأكيد من ملائمة العمل لصحة العامل بدنيا ونفسيا وعقليا.
  - ٢ - الحفاظ على العامل وعلى صحته من العوامل الطبيعية والكيميائية والبيولوجية.

(١) فوزى رزق على جاد الله، مرجع سابق، ص ٢٣ : ٢٦.

(٢) مرجع سابق، ص ٢٧ - ٢٩.

٣ - الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري للأمراض التي تصيب العامل أثناء قيامه بعمله وبالطبع يردى تحقيق هذه الأهداف إلى فائدة للعامل تؤهله إلى زيادة الكسب والإنتاج وبالتالي الدفع إلى عجلة التنمية. ولها فوائد لصاحب العمل حيث تقلل من نسبة غياب العمال وانقطاع العمل وتحافظ على العمال المهرة.

## ٢ - أهميتها في الدول النامية:

حيث تكتسب برامج الصحة المهنية أهمية خاصة في الدول النامية ومنها مصر وذلك لعدة أسباب منها:

- ١ - أن التنمية الاجتماعية تعتمد على برامج التصنيع والنهضة الصناعية التي قوامه الارتفاع بمستوى الإنتاج وتعتبر الصحة هي أهم دعائم إنتاجية العامل ومما يحقق الارتفاع بمستوى صحة العمال تخطيط المصانع على أسس صحية سليمة.
- ٢ - تنتشر في البلاد النامية الكثير من الأمراض المتوطنة وقد يصاب بها العمال مما يقلل من مقاومتهم للمرض المهني ويزيد من خطورته على صحتهم وبالتالي يحد من انتاجهم.
- ٣ - تجتذب برامج التصنيع الكثير من العمال من البيئة الريفية والعامل القادم من الريف يحتاج لتأقلم بدني ونفسي جديد يقابله ازدياد في قابلية العامل لإصابات العمل وأمراض المهنة مما يزيد الحافز لاتخاذ اجراءات صحية تستهدف الإقلال من هذه المخاطر<sup>(١)</sup>.

## ٣ - العوامل المهنية التي تؤثر في صحة العمال:

يتعرض العاملون لعوامل كثيرة في بيئة العمل وهذه قد تؤثر في صحتهم تأثيراً سلبياً يتعرض العامل لأي أو كل العوامل الآتية:

- ١ - عوامل طبيعية وأهمها الحرارة والرطوبة والوضوء والضغط الجوي والاشعاعات.
- ٢ - الأتربة سواء كانت عضوية مثل السكر والدقيق أو غير عضوية مثل الخشب.
- ٣ - الغازات والابخرة التي تتصاعد من الصناعات بعضها سام وخانق.

(١) مرجع سابق، ص ٤١٩ : ٤٢٠.



- ٤ - العوامل البيولوجية من بكتيريا وفطريات وطفيليات.
- ٥ - عوامل اجتماعية وإدارية مثل العلاقة بين العمال وبعضهم ونظام العمل والأجور.
- ٦ - عوامل شخصية ونفسية تتعلق بطريقة أداء العامل لعمله (وقوفه وحركته وجلسه وعلاقته بالآلة)<sup>(١)</sup>.

### ثالثاً - قياس مستويات الصحة ومؤشراتها:

الصحة العامة صورة من صور الحياة الاجتماعية للمجتمع تؤثر فيها وتتأثر بها لذلك نجد أن المستوى الصحى للمجتمع يتناسب مع مستواه الاجتماعى والاقتصادى، وفى الواقع يعتمد مستوى المعيشة فى المجتمع على عدة مكونات أساسية ترتبط بعضها البعض هذه المكونات بصف أساسية وهى كما وصفتها إحدى لجان هيئة الأمم.

الطعام والتغذية.

التعليم ويشمل القراءة والمهارات.

أحوال العمل وحالة عماله.

مجتمع الاستهلاك والادخار.

الاسكان.

الترويح والترفيه.

الضمان الاجتماعى.

الحرية الإنسانية.

المواصلات.

ويعتمد قياس مستوى المعيشة فى أى مجتمع على قياس كل هذه المكونات ولكن فى الواقع يعتبر قياس أى منها من الصعوبة بمكان إذ أنها كلها مفاهيم نسبية تتغير ظروفها من مجتمع لآخر وكذلك ترتبط بعضها البعض ارتباط كبيراً مما يؤكد هذا مقارنة مجموعة الدول النامية بالدول المتقدمة، فنجد التفاوت واضح بين النواحي الاجتماعية والاقتصادية من ناحية، والنواحي الصحية من ناحية أخرى<sup>(٢)</sup>.

(١) مرجع سابق، ص ٤٢٠ : ٤٢١.

(٢) فوزى رزق على جاد الله، مرجع سابق، ص ١٤.

هذا عن مقاييس الصحة أما عن مؤشراتنا فهي تلك المؤشرات التي تفيد في قياس المستوى الصحى فى المجتمع ويستفاد بها فى توجيه البرامج الصحية وفى المقارنات الدولية ويمكن تقسيم هذه المؤشرات إلى ثلاث فئات وهى:

- ١ - مؤشرات ترتبط بصحة الأفراد أو الجماعات وهى تنقسم إلى:
  - أ - مقاييس إيجابية وتشمل معدل المواليد والخصوبة وطول العمر المتوقع.
  - ب - مقاييس الوفيات وتشمل معدل الوفيات الخام، ومعدل الوفيات من الأمراض النوعية، ومعدلات الاجهاض والمواليد الموتى.
  - ج - مقاييس الأمراض وتشمل المعدل العام للاصابة والانتشار، ومعدل الأمراض النوعية.
  - د - مقاييس الأمراض الاجتماعية وتشمل الانحراف والجريمة والفقر الشديد وإدمان المخدرات والتعصب العنصرى.

وسوف نقتصر هنا على شرح المؤشرات التى يكثر استعمالها وهى:

#### معدل الوفيات الخام:

وهى عدد الوفيات بين كل ألف من السكان فى السنة ويتأثر هذا المعدل بتوزيع السكان حسب النوع إذ أن الوفيات من بين كل ألف من السكان فى السنة تكثر فى الأعمار الصغيرة والكبيرة ولذلك نتوقع أن يكون هذا المعدل مرتفع فى المجتمعات التى يكثر فيها الأطفال والكبار وينخفض فى المجتمعات ذات المستوى الصحى المرتفع، والتضامن الاجتماعى والاقتصادى التى يتوافر فيها الخدمات الصحية.

#### معدل الوفيات الأطفال الرضع:

وهو عدد الأطفال الذين يموتون قبل أن يكملوا السنة الأولى من العمر من كل ١٠٠٠ مولود ويستخدم هذا المعدل كمؤشر هام للمستوى الصحى للمجتمع، ويعتبر هذا المعدل مقياسا لصحة البيئة سواء كانت بيئة طبيعية أو حيوية أو اجتماعية، ويلاحظ التفاوت الكبير فى معدل وفيات الرضع بين البلاد المتقدمة اقتصاديا والبلاد المتخلفة اقتصاديا.

## معدلات الإصابة وانتشار الأمراض:

- ١ - مما يلاحظ على المؤشرات السابقة أنها تعتمد على الوفيات ولا تعطى صورة حقيقة لمستوى الصحة والمرض، إذ أن المرض لا يؤدي إلى الوفاة بل أن هناك من الأمراض ما لا يؤدي إلى الوفاة مثل الأمراض العقلية ولذلك نلجأ إلى قياس معدلات انتشار الأمراض والإصابة بها ولكن نجد من الصعب الحصول على بيانات واقعية لمعدلات انتشار الأمراض المختلفة في المجتمع.
- ٢ - مؤشرات ترتبط بالبيئة الطبيعية التي تؤثر في المستوى الصحى للمنطقة التي تدرس.
- ٣ - مؤشرات بالإمكانات التي ترتبط بالصحة والمجهود والمواجهة لتحسينها<sup>(١)</sup>.

## رابعاً - العوامل التي تؤدي إلى نجاح الصحة العامة أو فشلها في المجتمع:

تنتشر الأمراض في المجتمعات التي تنخفض فيها مستوى صحة البيئة وانخفاض الوعي بين الأفراد وانتشار العادات الضارة بالصحة، ولذلك فإن برامج التربية الصحية تهدف لنشر الحقائق الصحية بكيفية حدوث العدوى بهذه الأمراض وطرق الوقاية منها ومكافحتها ونوعية المواطنين بأنه من الممكن أن يكون الإنسان مصاباً بأحد هذه الأمراض دون أن يشعر بأى آلام ودون أن تظهر عليه أى اعراض وأن عليه الكشف الدورى للتأكد من خلوهم من هذه الأمراض وتوعية المواطنين بأهمية التوجه للعلاج بسرعة، فمن المعروف أن انتشار الأمراض في أى مجتمع يرجع إلى عدة عوامل منها:

- ١ - سوء البيئة الصحية في المجتمع.
- ٢ - العادات الصحية السيئة.
- ٣ - عدم التطعيم ضد هذه الأمراض.
- ٤ - عدم الاكتشاف المبكر لحالات المرض.

ولقد تم السيطرة على كثير من هذه الأمراض المعدية في مصر مثل الحصبة وغيرها نتيجة انتشار التطعيم ضد هذه الأمراض، ولكن لا يزال حتى الآن بعضها يشكل مشكلة صحية خاصة بالأمراض التي تتعلق بسوء البيئة الصحية، أو الأمراض التي لا يوجد بها تطعيم مثل مريض التهاب الكبد الوبائي ويمكن

(١) مرجع سابق، ١٠: ١٧.

القضاء على هذه الأمراض عن طريق تحسين البيئة الصحية، وزيادة الوعي الصحي بين الجماهير، مع المواظبة في التطعيمات المختلفة للمخالطين للمريض<sup>(١)</sup>.

وتعتبر «برامج الصحة العامة» من أهم البرامج التي تهدف إلى التغير في عادات الناس وقيمهم وتقاليدهم فيما يتعلق بالصحة والمرض، وكأى تغير اجتماعى تواجهه برامج الصحة العامة عوامل تعوق التغير وعوامل أخرى تساعد... ويمكن بسهولة تصور أن المجتمع يقع تحت وطأة مجموعتين من العوامل فيما يتعلق بالتغير الصحى:

- ١ - عوامل تساعد على التغير وتسمى «قوى التغير أو دوافع البرنامج، ولنجاح برامج الصحة العامة يجب تشخيص كل هذه العوامل ثم العمل بها وتقوية دوافع التغير من ناحية وتخفيض أو معادلة عوائق التغير من ناحية أخرى.
- ٢ - عوامل تعمل على الحفاظ على كل ما كان قائما فى المجتمع، أى تعمل على إحالة برنامج الصحة العامة الجديد وما يستتبعه من تغير ويمكن تسمية هذه العوامل باسم «عوائق التغير» أو القوى المضادة للبرنامج<sup>(٢)</sup>.

ومن هنا يمكن تحديد عوائق برامج الصحة العامة فيما يلى:

- أ - **عوائق ثقافية:** ومن أمثلتها التقاليد وهى القيم الثقافية المتوازنة التى تعمل على الحفاظ على القديم والتمسك بما كان يعتقد فيه الآباء والاجداد وهى قوى تعوق كل ما هو جديد وتقف حجر عثرة فى سبيلها، ومن أمثلتها أيضاً القدريّة، والتمركز الذاتى للثقافة.
- ب - **عوائق اجتماعية:** ومن أمثلتها قوة تماسك الجماعة، الالتزام بين أفراد الأسرة، الالتزام بين الأصدقاء.
- ج - **عوائق نفسية:** ومن أمثلتها التفاوت فى الإدراك، التفاوت فى اللغة ويقصد بالأول أن الأفراد أو المجتمع يخفف ادراكهم للأمور عن إدراك القائمين ببرامج الصحة العامة مثل: الطبيب يدرك أن الذباب حشرة ناقلة للكثير من الأمراض المعدية مثل التيفود ولكن الفلاح العادى يدرك أنها كائن حى خلقه الله فبالتالى لا يقوم بمكافحتها.

(١) محمد درويش البرجى، مرجع سابق، ص ٨٥.

(٢) فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص ٥٧ : ٦١.

أما دوافع برامج الصحة العامة تلك التى تعتمد على التجاوب فى الحاجات والرغبات النفسية يمكن حصرها فيما يلى:

أ - الحاجة إلى المراكز الاجتماعية: فى هذه الحالة يجب ربط البرنامج بارتفاع المركز الاجتماعى لمن يتجاوب معه، فقد يقبل القروى على البرنامج لأنه سيصبح صديقاً للطبيب.

ب - الكسب المادى: ويعتبر من أهم الحوافز للقبال على البرنامج من خلال توفير المعونة المجانية.

ج - مواقف التنافس: يظهر فيه تنافس الأفراد فى البرنامج أو موقف يعنيه فيه.

د - التزام الصداقة: العمل على قيام صداقات بين العاملين فى الوحدة الصحية وبين أفراد المجتمع فقد يؤدى ذلك إلى تقبلهم للبرنامج ارضاء لاصدقائهم والمحافظة على هذه الصداقة.

هـ - الاغراء الدينى: يعتبر الدين من العوامل القوية عند الإنسان فإذا ارتبط العمل الصحى بالنواحي الدينية كان فى هذا دافعا قويا لقبال الناس على البرنامج وهناك العديد من الاحاديث النبوية والآيات القرآنية التى تحث على التمسك الصحى<sup>(١)</sup>.

### خامساً - الأنماط الاجتماعية والثقافية وتأثيرها على الصحة:

يتشكل أى مجتمع محلى من عدة جماعات تربط بينهم علاقات تفاعلية عن قرب أو بعد وهم فى الوقت ذاته جماعات تسعى لتحقيق هدف عام، ولا شك أن ثقافة الفرد تحدد لدرجة كبيرة تفكيره وشعوره وملابسه وزواجه بل وحتى فى طريقة علاجه<sup>(٢)</sup>.

وفى العادة نجد أن الثقافات تتعدد داخل اطار المجتمع الواحد وكل منها له درجة معينة فى قدرتها على قبول أو رفض بعض القيم والاتجاهات والمعتقدات وعلى ذلك يجب أن يضع برنامج صحى شامل قادر على تغيير هذه الاتجاهات والمعتقدات فى المجتمع.

(١) مرجع سابق، ص ٦٠ : ٦١.

(2) Sm Celansky Hior, Principles Of Community Health, London, 1961 P: 42.

وهناك أمثلة عديدة تدل على تأثير الانماط الاجتماعية والثقافية على الصحة منها:

- ١ - **جهل ونقص المعرفة:** شرب اللبن غير مغلى - حمى ملطية - شرب الماء الملوث - دوسنتاريا والتهاب الكبد - نقص فى الوعي الصحى - حمى تيفودية.
- ٢ - **المركز الاقتصادى:** التخممة وزيادة المواد الدهنية - السكر وتصلب الشرايين - عدم وجود توازن فى العناصر الغذائية - كساح - عدم العناية بالحامل - نقص فى تكوين الجنين - السكن فى أماكن قذرة - السل.
- ٣ - **المعتقدات الدينية:** أكل بعض الأشياء النية - عسر الهضم - عبادة البقر - نقص فى التغذية - الاستحمام فى مياه الترع - البلهارسيا.
- ٤ - **الوراثة:** يؤدى إلى مرض السكر - عمى الألوان - أمراض عقلية.
- ٥ - **البيئة:** نقص فى اليود - الغدة الدرقية - نقص فى الفلور - تسوس الأسنان.
- ٦ - **النشاط والمجهود:** المجهود العنيف - نزيف المخ - أمراض القلب - الخمول - بعض أمراض القلب.
- ٧ - **الوظيفة أو المهنة:** العمل فى الحقل الذرى - أمراض الاشعاع والعقم - الطلاء - التهاب المخ - الأعمال الخاصة برعاية الحيوانات - نوع من الحميات.
- ٨ - **الأوضاع غير الملائمة للمعيشة:** الافراط فى القناعة والتواكل - مرض السل - الاشباع فى الأكل - مرض التخممة - ممارسة الالعاب الرياضية - هبوط فى القلب<sup>(١)</sup>.

وبذلك يمكن أن يصبح الثالث الجديد للطب هو الإنسان والمرض والمجتمع، وإذا كان يحلو للبعض أن يقول أن الطب الحديث له فعل السحر فى تحقيق فنون وأساليب فعالة ممكن أن يحقق الصحة الكاملة للإنسان، فإن التطبيق الصحيح لهذه الفنون والأساليب لابد لها من التعاون الوثيق من جانب «علم الاجتماع».

(١) أحمد مختار، الإنسان والمرض، دار المعارف، ١٩٦١، ص ١٢.



ومن هنا يمكن أن يقوم «الطب الاجتماعى» بمهمة كبيرة فى هذا الصدد فمن المعلوم أن الصحة لها برامج ثلاث هى:

أ - برنامج علاجى: يتناول تقوية علاج من اصابهم المرض وتمثله المستشفيات والعمليات الجراحية والادوية.

ب - برنامج ثقافى: يتناول تقوية الأفراد ورفع منسوب قوتهم وقدرتهم وتثقيفهم صحياً<sup>(١)</sup>.

### سادساً - الصحة والمرض والتنمية الاجتماعية والاقتصادية:

منذ بداية القرن العشرين تبينت أهمية العوامل الاجتماعية وتأثيرها فى انتشار وظهور الأمراض، وأهمية هذه العوامل فى العلاج ووجود ارتباط وثيق بين المرض والبيئة الاجتماعية، واصبحت ممارسة الطب لا تتوقف فقط على دراسة العلوم الطبية المختلفة ومزاولة العلاج الطبى ومكافحة الأمراض، بل امتد العلاج إلى دراسة البيئة الاجتماعية كعامل فعال فى انتشار هذه الأمراض<sup>(٢)</sup>.

وتعتبر «الصحة» هدفاً من أهداف التنمية والتطور الاجتماعى والاقتصادى فهى حق أساس لجميع الشعوب، علاوة على أنها وسيلة مهمة لبلوغ الاهداف المرجوة فى رفاهية الشعب والمجتمع . فلقد عاش العالم سنوات طويلة من عمره وفى تصوره أن مهمة العلوم الطبية هى علاج المرض فإذا امتدت هذه المهمة فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض، أما الآن فلقد تغير هذا المفهوم وخاصة منذ قيام منظمة الصحة العالمية حيث اشتد الجدل حول تحديد «مفهوم الصحة» فكان الشائع بين الأطباء بأن الصحة هى «خلو الجسم من المرض طالما أن الجسم صحيح» ولكن هذا المفهوم لم يقنع الذى تولوا أمر المنظمة العالمية واعتبروا أن هذا المفهوم هو اهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبى مجرد أنه علاج الداء - وقدمت تعريفا للصحة يشمل «حالة اللياقة البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد خلو الجسم من المرض أو العجز»<sup>(٣)</sup>.

(١) روزيل جايجر، سبيلك إلى الصحة، ترجمة سعيد عبده، مكتبة النهضة المصرية، ص ٧٤.

(٢) محمد درويش البرجى، مرجع سابق، ص ٨٥،

(٣) امثال محمد بشير، الرعاية الطبية والصحية، المكتب الجامعى الحديث، اسكندرية،

فالعلاقة بين التنمية والصحة تنتج من الفوائد الكبيرة التي تصبغها التنمية الاقتصادية والاجتماعية على الناحية الصحية، فجزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على التحسن في الميدان الاقتصادي ... التعليم ... الخ، ولكن في نفس الوقت فإن خطط التنمية التي تفتقر الأسس السليمة يمكن أن تؤدي إلى أخطاء جسيمة على الحالة الصحية.

فالأخطاء التي تصاحب تنمية موارد المياه في مصر معروفة الاثر لما تحدثه من انتشار العديد من الأمراض، كذلك زيادة التنمية الاجتماعية والصناعية تجلب العديد من الأخطار الصحية سواء في بيئة العمل أو البيئة الخارجية ... ولا يخفى علينا أن انتشار الأمراض وانخفاض مستوى الرعاية الصحية تعكس أثرا سئيا على كل جهود التنمية وتشكل تهديدا للقوى العاملة وعرقلة التقدم الاقتصادي والاجتماعي في المجتمع<sup>(١)</sup>.

ومن المسلم به أن الرعاية الصحية تعتبر من أهم الجهود البشرية لايجاد غمط أفضل في الحياة، ومع ذلك فهناك نسبة كبيرة في العالم تفتقر إلى الرعاية الصحية الكاملة والكافية، فالتقدم الهائل الذي أحرزته العلوم الطبيعية لم يمس معظم سكان العالم إذ مازالت الأغلبية وخاصة الدول النامية التي تعاني من نفس النتيجة للأمراض التي عانى منها أسلافهم. فلا شك أننا في حاجة إلى مناهج جديدة للصحة إذا ما استهدفنا اتخاذ الخطوات الأولى للتنمية، فمن المستحيل أن تخطط للرعاية الصحية متجاهلين التفاعل المستمر بين الصحة وبين البيئة الاجتماعية ويحذر «براول» من الوقوع في عملية تبسيط المشاكل الصحية عن طريق عزل عنصر الصحة عن غيره من العناصر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في عملية التنمية<sup>(٢)</sup>.

كذلك نجد أن التنمية الاقتصادية هي الغاية دائما في أي مجتمع ولهذا يسعى العلماء والباحثون إلى الوصول إلى غاية ودرجات التنمية الاقتصادية لأن في التنمية الاقتصادية ازدهار المجتمع، وارتفاع دخله وارتفاع مكانه عاليا بين الدول ... فلا يمكن أن نتصور أن هناك مجتمع مريض قد يصل إلى أولى درجات التنمية الاقتصادية ولهذا كان ارتباط التنمية بالصحة، والتخلف بالمرض «والصحة

(١) مرجع سابق، ص ١٧.

(٢) مرجع سابق، ص ١٨.

والمرض» هى طريقان عكس بعضهما ولا يلتقيان فالصحة معناها الانتاج والانتاج  
معناه ارتفاع الدخل القومى أى «تنمية» أما «المرض» فمعناه انخفاض اليد  
العاملة أو انخفاض انتاجيتها وبالتالي انخفاض الدخل القومى وعليه يكون  
التخلف<sup>(١)</sup>.

وتؤثر مشاكلنا الصحية تأثيرا مباشرا على مستوى الدخل القومى نظا  
لأنخفاض انتاجية الفرد المصاب بالمرض مما يقلل انتاجيته وبالتالي دخله أو ما يمكن  
أن يضيفه إلى الدخل القومى ككل. فالبلهارسيا على سبيل المثال تصيب ٤٠٪ من  
سكان الريف وكان أكثر مظاهر هذا المرض شيوعا هو الهزال والضعف العام  
وعدم القدرة على العمل ومضاعفاته كثيرة كالتليف الكبدى والعقم وعليه يجب  
أن نتصور الكم الذى يسببه مثل هذا المرض من خسائر استهلكت طاقة الريف  
المصرى<sup>(٢)</sup>.

ومثل هذه الأمراض المستوطنة من المشكلات التى تحتاج إلى حلول ودراسة  
مفصلة وهذه المشكلة هى التى أظهرت لنا القصور فى الخدمات الطبية وبالتالي  
علينا اتباع نظام الوقاية خير من العلاج حتى نستطيع الحد من انتشار هذه  
الأمراض وعليه نقل من تأثيرها على الإنتاج مما يؤدي بنا إلى دفع عملية التنمية  
الاقتصادية إلى الامام وعدم ايقافها أو تأخرها لأن ذلك يؤدي إلى زيادة تخلف  
الأمة وهذا ما نحاول ابعاده<sup>(٣)</sup>.

### عدم إيلاء أولوية الخدمات الصحية فى الماضى:

لم يعلق المخططون للتنمية فى الماضى سوى أهمية ضئيلة على الخدمات  
الصحية. وعندما كانوا يبحثون أمر تلك الخدمات كانوا يميلون إلى تقييم إسهام  
الخدمات الصحية فى التنمية بقدر ما يمكنها من زيادة معدل الانتاج الفردى - إلى  
أى حد يزيد الانتاج إذا قدم المزيد من الخدمات الصحية دون إحداث أى تغيرات  
أخرى فى المجتمع؟

(١) شريف حتاتة، الأمراض المستوطنة، دار الكتاب العربى، القاهرة ص ٢٧.

(٢) مرجع سابق، ص ٢٨.

(٣) مرجع سابق، ص ٢٩.

وبهذا المعيار كان ينظر إلى الخدمات الصحية باعتبارها غير مقيدة إن لم تكن ضاره للأسباب التالية:

١ - لا تحقق معظم الخدمات الصحية على النحو الذى يقدم به حالياً أى تحسن دائم ولذلك فإنها لا تؤثر على الإنتاج.

٢ - رغم أن جزء صغير فقط من ميزانية الخدمات الصحية ينفق على برامج الصحة العامة فإن بعض هذه البرامج السبب الأساسى فى زيادة نمو السكان الأمر الذى أدى أن تكون الزيادات التى تحققت فى الإنتاج إلى زيادة ملحوظة فى معدل الإنتاج بالنسبة للفرد.

٣ - أدى نمو السكان إلى بطالة كاملة فإذا كانت الصحة الجيدة تؤدى إلى انتاجية أعلى للذين يعملون ولا تؤدى الصحة الجيدة إلى زيادة الانتاج لأن مدى توافر العمالة ليس هو الذى يحدد الإنتاج.

ويمكن تقييم اسهام الخدمات الصحية على أساس معايير غير اقتصادية أوسع نطاقاً وقد يكون ذلك وسيلة لإعادة توزيع الثروة ذات فائدة للفقراء الذين يعيشون فى المناطق الريفية (ومن ذلك وسيلة لإعادة توزيع) ومن شأن توفير الخدمات الصحية الاسهام فى التماسك الاجتماعى وإعطاء احساس الأمان النفسى.

ومع ذلك فإن التقدم الاقتصادى شرط من شروط التنمية.

فهل تبرر الحجج السابقة اعطاء أولوية منخفضة للخدمات الصحية فى خطط التنمية مع احتمال استثناء الخدمات التى تقدم للعاملين المهرة.

وإذا كان الأمر كذلك فإن الآثار سوف تكون بعيدة المدى وبعد بدء الإنطلاق نحو التنمية الاقتصادية السريعة وإستمرار التنمية لفترة زمنية كافية يمكن تخصيص جزء من ثمارها للأغراض التقدم الاجتماعى بما فى ذلك الخدمات الصحية العلاجية للسكان والإستثمارات فى مجال الصحة الوقائية.

ويعتبر الإقتصار فى تقديم الخدمات الصحية على العالمية ذوى المهارات النادرة مبرراً اقتصادياً لتركيز الخدمات الصحية فى المناطق الحضرية وينطوى هذا المنطق على القنوط من إمكان حدوث تغير واسع النطاق فى حياة أهل الريف الفقراء وامتداد عملية التنمية إلى المناطق الريفية.

وأخيراً فإن ذلك يعنى أن الهدف الأول للتنمية هو تعزيز النمو الاقتصادى معبرا عنه بالزيادة فى الإنتاج القابل للقياس بصرف النظر عن توزيعه<sup>(١)</sup>.

### برامج الصحة العامة ونمو السكان:

أخذ على تدابير الصحة العامة مسئوليتها فى كثير من البلدان عن الانفجار السكانى الذى يبدو وقد امتص الزيادة فى الإنتاج التى نجحت هذه البلدان فى تحقيقها.

وقد نظر إلى النمو السكانى باعتباره ضار من زوايا مختلفة. أولاً - أنه زاد من عرض القوى العاملة المتاحة قبل توفير فرص العمل الكافية وصاحب ذلك ضغوط وعدم استقرار اجتماعى.

ثانياً - زادت نسبة المعالين القصر إلى البالغين.

ثالثاً - تقع الحكومات تحت ضغوط شديدة لزيادة الانفاق على التعليم وغيره من الخدمات للسكان المتزايدة ومن هنا فإن النجاح الصحى الكبير الذى تحقق فى البلدان النامية خلال العقدين الأخيرين لا يمكن ارجاعه إلى التدابير الصحية العامة وحدها، فجزء كبير من هذا النجاح لا بد وأن كان سيحدث نتيجة النجاح فى رفع مستوى المعيشة وما حدث بالفعل هو نتيجة مشتركة للتنمية الصحية العامة والتنمية الاقتصادية.

### تأثير تحسين الصحة فى البلدان التى تنتشر فيها البطالة:

ساق المسئولون عن قطاع الصحة حجة مؤداها أن العامل السليم الصحة قادر على إعطاء معدل أعلى للإنتاج فى الساعة والعمل عدد أكبر من الساعات والانتظام فى العمل بدرجة أفضل من العامل العليل. كما أن العامل الصحيح عمره أطول وحياته العملية أطول واعتلال الصحة يؤدى إلى الشيخوخة المبكرة.

غير أن الاقتصاديين لم يقبلوا رأى القائل بأن الصحة الأفضل تؤدى إلى إنتاج وطنى أعلى فى بلد تنتشر فيه البطالة والعمالة الناقصة.

(١) بريان ايل سميث - السير اليسوسون، الفقر والتنمية والسياسة الصحية المنظمة العالمية - جنيف ص ١٩٧٨ من ٣١ إلى ٣٤.

ولكن هذا النوع من الحجج لا يأخذ في الاعتبار النتائج التي يسببها المرض عندما يفتك بمجتمعات بأكملها كما تشير بعض الدلائل أنه يمكن للإصابات المرضية والوفيات في ظروف معينة أن تخفض الإنتاج إلى حد كبير<sup>(١)</sup>.

### آفاق جديدة في الخدمات الصحية :

أن الشكوى من سوء الخدمات الطبية تعود إلى نشأة هذه الخدمات نفسها أواسط القرن الماضي إلا أن الملاحظ أن الشكوى تقتصر دائما على الجانب العلاجي فقط ذلك أن الجانب العلاجي هو الذى يهم المواطنين بشكل مباشر.

وفي مناقشات الفنين عن الخدمات الصحية ونلاحظ أنهم كانوا يرجعون أسباب هذا الانخفاض فى مستوى الخدمة الصحية إلى أسباب ثلاثة هى:

١ - قلة المنشآت الصحية بالنسبة إلى عدد السكان.

٢ - النقص فى العاملين والتجهيز والأدوية.

٣ - الإهمال وسوء الإدارة.

ولكن على الرغم من هذه الجهود المتوالية إلا أن الباحث يستطيع أن يلمس القصور فى ناحيتين أساسيتين هما:

أ - النقص فى دقة التنفيذ حيث لم تغطى الحملات المتوالية على المحلات العامة والعاملين بها كل الذين يجب أن يشملوا بهذه الإجراءات.

ب - إهمال الجانب الأهم فى الوقاية وهو دور جماهير الشعب المستفيدة من الرعاية الصحية وفى مجال الأمراض المتوطنة اعتمدت الدولة على إنشاء مراكز العلاج المختلفة للوصول إلى الحل الأمثل لمشكلة الأمراض المتوطنة أما من العلاجية فقد اعتمدت الدولة على إنشاء المستشفيات العامة والمركزية والمتخصصة ويمكننا أن نلاحظ خطة العلاج القديمة فى النقاط التالية:

١ - التوسع البطئ بالنسبة إلى سرعة تزايد عدد السكان وحاجة المواطنين الماسة إلى الرعاية الطبية من الناحية الأخرى.

٢ - الفصل بين الخدمات العلاجية والخدمات الوقائية وخاصة فى مستوياتها الأولى.

(١) بريان ابييل سميث - السير اليسوسون، الفقر والتنمية والسياسة الصحية المنظمة العالمية - جنيف ص ١٩٧٨ من ٤٣ إلى ٤٩.

- ٣ - اقامة المراكز العلاجية على أساس نظم التخصص.
- ٤ - اتساع الرقعة السكانية لكل فرع من فروع التخصص من حيث المساحة وعدد السكان مما يستحيل معه اداء الخدمة العلاجية بشكل مرضى.

وكانت نتيجة ذلك أن غرقت هذه المنشآت فى دوامة المشاكل وفشلت اداء مهمتها ولما كان أغلب الأطباء الذين يعملون لحسابهم الخاص فى العيادات والمستوصفات والمستشفيات هم أنفسهم المنوط لهم العمل فى مراكز العلاج المملوكة للدولة كان من الطبيعى أن يستحوذ هذا العمل على اهتمامهم الأساسى مما ادى إلى مزيد من الهبوط فى مستوى المنشآت الصحية العامة والخدمات التى تقدمها للمواطنين فما هى النظرة الحديثة للخدمات الطبية؟

فى الإجابة على هذا السؤال نقول أن النظرة الجديدة للخدمات الطبية تقوم على دعائم ثلاث:

■ **الدعامة الأولى -** انتقاء عنصر الالتزام فى الحصول على الخدمات الطبية والوسيلة المثلى فى تحقيق هذا الهدف هو التأمين الشامل للخدمات الطبية بحيث تقوم الدولة بالاشراف الكامل على جميع الامكانيات المتوفرة ولكن النقص الواضح فى المنشآت الصحية والقوى البشرية والتجهيز وقصور الامكانيات المالية المتوفرة حالياً يجعل هذا الحل سابقاً لأوانه.

■ **الدعامة الثانية -** يبنى عليها النظرة الجديدة للخدمات الصحية وهو الدور الأساسى الذى يجب أن تقوم به جماهير الشعب فى انجاح الخدمات الصحية وتطويرها ودور الجماهير يمتد ايضا إلى معالجة كل نقص أو إهمال يظهر فى الطريقة التى تدار بها ويمكن أن يمتد هذا الدور حتى إلى التطوع بالمال وبالجهد.

■ **الدعامة الثالثة -** تبنى عليها النظرة الجديدة للخدمات الصحية تتعلق بضرورة تقييم نوعية الخدمات الطبية المقدمة<sup>(١)</sup>.

(١) د. شرف حتاتة، الصحة والتنمية، دار المعارف بمصر، ١٩٦٨، ص ٣٢ - ٤٥.



## الفصل الثانى البيئة وصحة المجتمع

### مقدمة

أولاً - مجالات صحة البيئة.

ثانياً - التلوث البيئى:

- ١ - تلوث الهواء.
- ٢ - تلوث الماء.
- ٣ - تلوث التربة والغذاء.
- ٤ - التلوث بالضوضاء.
- ٥ - التلوث الاشعاعى.
- ٦ - التلوث الكهرومغناطيسى.
- ٧ - التلوث من الحروب.

ثالثاً - تصور مستقبلى للبيئة الصحية.



## مقدمة :

من أهم مقومات تنمية المجتمع رفع مستوى الصحة العامة للشعب لخلق جيل سليم الجسم والعقل حتى يكفل للوطن حياة سعيدة ومستقبلاً رغداً.

ولتحقيق ذلك يتحتم على الدولة أن تولى قطاع الصحة قسطاً وافراً من عنايتها ورعايتها وأن توفر له الوسائل والامكانيات للقضاء على المشاكل الصحية التي ورثها الشعب من الأجيال السابقة والتي وقفت حائلاً دون تقدمها وتطورها.

ولما كانت الركيزة الأولى للصحة العامة هي البيئة الصحية السليمة فقد عنت معظم الدول المتقدمة وبعض الدول النامية بالنهوض بصحة البيئة ووضعت لذلك كثيراً من المشروعات لتحقيق هذا الهدف.

ولا شك أن مشاكل البيئة - سواء بالمدن أو القرى - من أهم وأعقد المشاكل التي تواجهها الدول النامية وتعنى بإيجاد الحلول المناسبة لها - ولا جدال في أن الخدمات التي تؤدي في هذا الميدان من أجل الخدمات وأعظمها أثراً على صحة الفرد والمجتمع لما تستهدفه من تقليل فرص التعرض للأمراض المعدية التي تنتقل للإنسان عن طريق الهواء أو الرذاذ أو الغبار أو الحشرات أو الحيوانات أو الحشرات أو المياه أو المأكولات الملوثة أو من مخلفات بعض الصناعات.

ولما كانت درجة تحسين البيئة هي المرآة التي تعكس مدى تقدم جميع الخدمات الصحية والدليل الصادق على رفع الوعي العام والنهوض بمستوى المعيشة والتقدم الصناعي والاقتصادي ورفع الكفاية الإنتاجية وزيادة متوسط الأعمار لذلك يجب على المهتمين بالمشاريع العمرانية والقائمين على الشؤون الصحية على مختلف المستويات بالمحافظات والمدن والقرى أن يتضافروا للنهوض بصحة البيئة وبذل كل مرتخص وغال لتحقيق أهدافها<sup>(١)</sup>

والمصلحون ومن إليهم من الداعين إلى التطور التقدمي لا ينظرون إلى الإنسان كفرد ولكن يعيرونه اهتمامهم كعضو في الجماعة.

(١) كمال الدين الحكيم وآخرين، صحة البيئة في الدول النامية، مكتبة عين شمس، ص ٤٤٣.

هذا هو منهجنا! الحق الصحة العامة كما يجب أن تفهم وكما يجب أن تدرس وهدفها يتمثل فى صفة التعميم فلفظة عامة بقصد بها عموم الأفراد فى المجتمع.

والبيئة تعد عامل خطر حيث أنه لا يعد حتى الآن عامل رقى إلى الدرجة اللانقة به.

ورجل الصحة يتم النظر إليه من خلاله إلى البيئة من ناحيتين مختلفتين ولكن رغم اختلافهما فهما تكملان بعضهما وأولهما البيئة الحيوية وهى كل ما يختص لا بحياة الإنسان نفسه من تكاثر ووراثه بل تشمل أيضاً علاقة الإنسان بالمخلوقات الحية النامية الأخرى من البيئة فهى طبيعتها وهى تشمل مياه الشرب وتربة الأرض والجو وغير ذلك من الخصائص الطبيعية البحتة للوسط.

كما أن هناك مجال بدأ يأخذ وضعة نتيجة لأن التلوث التى ينشأ عنه يؤدى إلى التدمير والتشوه وهو التلوث الأشعاعى.

حيث تم منذ فترة قليلة توقيع معاهدة خلوا أفريقيا من السلاح النووى نظراً لأهمية وخطورة الآثار الناجمة عنها<sup>(١)</sup>.

### أولاً - مجالات صحة البيئة:

ليست الصحة مجرد خلو الجسم من الأمراض والعاهات فحسب. بل هى حالة تكامل قوى الجسم البدنية والنفسية والاجتماعية.

فلا بد أن تكون جميع أجهزة الجسم سليمة تعمل منفردة ومجموعة فى توافق وانسجام.

كما يلزم أن يكون عقله سليماً وتفكيره متزاناً. وأن يكون الإنسان فى حالة استقرار نفسى قادراً على فهم طبيعته والتكيف مع الآخرين.

فقد يبدو بعض الأشخاص اقوياء البنية ظاهرياً الحيوية الا أنه عند الكشف عليهم نجدهم مصابين بأحد الأمراض العضوية أما بخصوص العقل فإن الشخص

(١) مرجع سابق، ص ٥.

سليم البنية الجسدية في حين أن عقله معتل فإن مثل هذا الشخص لا يمكن اعتباره سليماً بأية حال من الأحوال.

كما أن توافر صحة البيئة والصحة البدنية معاً ورجاحة العقل يكملان للإنسان التمتع بالهناء والطمأنينة كما أنه يكون قادراً على التعلم واكتساب خبرات جديدة وقادراً على العمل والإنتاج بالإضافة إلى القدرة على الحياة مع الآخرين.

### تعريف الصحة:

الصحة كما عرفت من منظومة الصحة العالمية هي تكامل الجسم والعقل والتوازن الاجتماعي وليست مجرد خلو الإنسان من المرض والعاهة<sup>(١)</sup>.

### تعريف المرض:

فقياساً على ما سبق بأنه حالة حدوث خلل في عضو أو أكثر من أعضاء الجسم أو قصور ذهنه أو اضطرب نفسه.

### الصحة العامة:

منها العلم والفن اللذان يعتنيان بوقاية الشعوب والمجموعات من الأمراض وذلك برفع مستوى الصحة والكفاءة وإطالة الأعمار على أن يتم ذلك بجهود المنظمات الاجتماعية التي تعمل على تحسين البيئة الطبيعية واكتشاف الأمراض المعدية ومكافحتها وتشخيص الأمراض مبكراً قبل أن يستفحل المرض ورفع المستوى الثقافي والصحة التشخيصية وتنظيم وسائل العلاج.

### التطور التاريخي للصحة ومفهومها:

وقد عرفت الصحة العامة منذ أقدم العصور ولو أن مدلولها اختلف تبعاً لدرجة رقي العلوم الطبية والاجتماعية فالإنسان الأول عرف المرض وكان يعالجه بالسحر والشعوذة والصلاة وكان الاعتقاد السائد بأن المرض ما هو إلا نتيجة قوى فوق البشر.

ثم بدأ الإنسان يعالج نفسه عن طريق الحشائش والأعشاب ولا يزال هذا اللون سائداً في بعض البلدان حتى الآن.

(١) مرجع سابق، ص ٨.

١ - العصر اليونانى: اهتمت الدولة بالصحة واشادت بها وكان اهتمامها كبيرا بالصحة البدنية وقوة العضلات حتى أنهم اتخذوا للصحة آلهة يعبدونها<sup>(١)</sup>.

٢ - العصر الرومانى: كان مفهوم الصحة هو البيئة النظيفة ولهذا سميت الصحة فى هذا العصر صحة البيئة التى تشمل نظافة المسكن ومحل العمل ونظافة الأغذية وتنقية المياه... الخ.

ولا تزال بعض بقايا هذه العمليات موجودة إلى الآن فى المدن الإيطالية وكذلك عرفها العرب والهنود.

٣ - أوائل القرن التاسع عشر: بدأ كشف الميكروبات التى تسبب الأمراض كما بدأ التصنيع اللقاحات واستعمالها للوقاية من الأمراض المعدية. وعرفت الصحة العامة فى هذا الوقت «بالطب الوقائى».

٤ - العصر الحديث: كثر استعمال لفظ الصحة للدلالة على جميع الخدمات الصحية التى تقدمها الحكومة لسلامة الشعب ورفاهيته.

والصحة العامة تشمل:

١ - كشف الأمراض المعدية وعلاجها ومكافحتها باستعمال اللقاحات والأمصال وكذلك التطهير والتعقيم.

٢ - رفع مستوى الصحة الشخصية عن طريق توفير الأغذية المتكاملة والرياضية والتثقيف الصحى.

٣ - اصحاح البيئة عن طريق نظافة الأوساط المحيطة بالإنسان وهى الهواء والمأكولات<sup>(٢)</sup>.

ولهذا فقد أصبح مفهوم الحديث للصحة العامة أنها علم من العلوم الاجتماعية التى تستهدف سلامة الفرد والمجتمع.

(١) مرجع سابق، ص ١٠.

(٢) مرجع سابق، ص ١٢.

ولهذا فقد أصبح لزاماً أن ترتبط البرامج الصحية ببرامج التنمية المجتمعية إذ أن الصحة شرط أساسى للنهوض بالمجتمع ولو غفلت الرعاية الصحية عند التخطيط للمشروعات الاجتماعية كان نجاحها محدوداً.

وكلنا نعلم أن الفقر والجهل والمرض وهى تكون حلقة مفرغة فالفقر يورث المرض والجاهل عادة يكون فقيراً وليس على علم لوقاية نفسه من المرض كما أن المرض يؤدي إلى الفقر.

وعلى هذا فلكى تضمن نجاح خطة التنمية فلا بد من مواجهة هذه الأعباء الثلاثة فى وقت واحد وبنفس القوة - إذ أن التقدم فى ناحية واحده مع اغفال الناحيتين الأخرتين لا يصيب النجاح الذى يحققه المشروع المتكامل ضد الثلاثى البغيض.

### تعريف البيئة الطبيعية:

يمكن تعريف البيئة بأنها الوسط الذى يولد فيه الإنسان وينشأ ويعيش حتى نهاية عمره وتشمل البيئة جميع العوامل الطبيعية والبيولوجية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية وكل ما يؤثر على الإنسان بطريق مباشر أو غير مباشر - المسكن - الهواء - الماء - الغذاء.

### تعريف البيئة البيولوجية:

فتشمل العوامل التى تساعد على حياه الكائنات التى تسبب الأمراض خارج جسم الإنسان وانتقالها بواسطة الحشرات والحيوانات وغيرها<sup>(١)</sup>.

وليست البيئة الطبيعية مستقلة عن البيئات الأخرى. البيولوجية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية فجميع هذه البيئات تؤثر فى بعضها البعض فعلى مستوى البيئة الثقافية يتوقف مدى معرفة الإنسان لحاجته الضرورية فى الغذاء والملبس والمسكن، وإدراكه كيف يقى نفسه عوامل الأمراض والحوادث.

(١) مرجع سابق، ص ١٢.



وكذلك يتوقف سلوك الإنسان وعاداته على مستواه الاجتماعى فكلما ارتفع هذا المستوى كلما حاول الإنسان التخلص من العادات السيئة التى تضر بصحته واستبدالها بعادات أفضل كاتباع قواعد النظافة الشخصية.

ولا شك أن البيئة الاقتصادية من أهم هذه البيئات فالأفراد والجماعات توافرت ليهم الاماكانيات المادية امكنهم الحصول على ما يطلبون من مسكن صحى وطعام كامل وكملبس لائق كما يمكنهم التمتع بوسائل الترفيه وكلما زاد دخلهم امكنهم الحصول على قدر أكبر من الضروريات بل والكماليات أيضاً.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية العوامل التى يجب الاهتمام بها لتوفير البيئة الصحية.

- ١ - تصحيح عيوب المياه.
- ٢ - إشاعة الوعي الصحى بين الأفراد<sup>(١)</sup>.

## ثانياً - التلوث البيئى:

إذا أردنا للبشر أن يتمتعوا حقاً بالصحة فالشرط الأول لذلك هو أن يعيشوا فى بيئة من شأنها أن توفر هذا المناخ الصحى ... ومن عناصر هذه البيئة أن يتوفر الماء النقى والهواء والغذاء الجيد والسكن السليم والتحرر من فرط التلوث الكيمايى والاشعاعى والضوضائى والبصرى.

ولذا سوف أعرض فى هذه المقالة بعضاً من السبل التى يستطيع بها الإنسان تحسين البيئة البشرية وبعضاً من الصعاب التى تحول دون هذا التحسين<sup>(٢)</sup>.

ويمكن تقسيم التلوث البيئى حسب مصدره إلى نوعين هما:

- أ - التلوث الطبيعى: يحدث بفضل الملوثات الطبيعية ولا دخل للإنسان فى حدوثها ويصعب التحكم فيها والأضرار الناتجة عنها ليست أضرار جسيمة وهى مثل الغازات المتصاعدة من البراكين وتساقط الهواء المتخلف من احتراق الشهب والمواد الطبيعية ذات النشاط الاشعاعى كإشعاعات الشمس الضارة.

(١) مرجع سابق، ص ١٩.

(٢) منبر الصحة العالمى، مجلة دولية للتنمية الصحية، منظمة الصحة العالمية، المجلد السابع، العدد الثانى، ١٩٨٠.

ب - التلوث الصناعي: وهى ملوثات غير طبيعية وتكون من صنع الإنسان ويمكن التقليل من أخطارها بالرغم من أنها أقوى فى تأثيرها من العوامل الطبيعية<sup>(١)</sup> وهى:

#### ١ - تلوث الهواء:

يعتبر تلوث الهواء من أهم المكونات الطبيعية التى حباها بها الله سبحانه وتعالى، ذلك الخليط من الغاز المحيط بالكرة الأرضية والذى لا يمكن للحياة أن تستمر على كوكبنا بدونها، ومن المعروف أن الإنسان يمكن أن يستغنى عن الطعام لمدة أسابيع وعن المياه لعدة أيام، أما الهواء فلا يمكن الاستغناء عنه إلا لمدة دقائق محدودة<sup>(٢)</sup>.

وحيثما «يتلوث الهواء» هذا يعنى وجود مواد غريبة غير العناصر التى يتكون منها الهواء النقى بنسبة تزيد عن المسموح به ، ويسبب تلوث الهواء أضرار صحية ويتحكم فيه عدة عوامل منها:

جغرافية: مثل الموقع.

جوية: مثل الرياح والعواصف.

صناعية: مثل نوع وطريقة الصناعة.

اجتماعية وعمرانية<sup>(٣)</sup>.

وبصفة عامة يمكن إجمال مصادر تلوث الهواء على النحو التالى:

■ ملوثات ناشئة عن عمليات حرق الوقود مثل المصادر المتحركة من سيارات وقطارات وبواخر وغيرها، ومصادر ثابتة مثل محطات القوى الكهربائية وحرق الفضلات والأفران وينتج عن هذه المصادر العديد من الملوثات مثل أكسيد النيتروجين، هيدروكربونات، مواد صلبة مثل الدخان ومواد سامة كالعناصر الثقيلة.

■ ملوثات صناعية: مثل المناجم والمحاجر، صناعة الأسمت صناعات معدنية حديدية وغير حديدية كالرصاص وصناعات البترول، وصناعات كيميائية مثل الأسمدة والأحماض، صناعات مختلفة كالنسيج والورق والكلور.

(١) مصطفى عبد العزيز، الإنسان والبيئة، المطبعة الحديثة، ص ١٨٤.

(2) Princo Philir, Down to Earth, The Vritish Council, 1984.

(٣) مصطفى عبد العزيز، مرجع سابق، ص ١٩٤.

■ تلوث ناتج عن ارتفاع الكثافة السكانية: حيث ينجم عن ممارسة السكان لأنشطة حياتهم اليومية مخلفات ونفايات ملوثة أهمها القمامة ويزداد حجم هذه المخلفات كلما ارتفعت الكثافة السكانية<sup>(١)</sup>.

هذا وقد أكد الباحثين أن تلوث الهواء وفساده يلعب دوراً فعالاً فى انتشار العديد من الأمراض الحادة مثل: الربو والحساسية والأمراض السرطانية وإحمرار العين والتهاب أغشية الحلق والأنف وضيق التنفس بالإضافة إلى المضايقات الناتجة عن الدخان والغازات لما فيها من روائح ضارة بالإنسان<sup>(٢)</sup>.

■ وقد لوحظ أن التعرض للهواء الفاسد فى الأماكن المزدحمة يؤدى إلى أمراض مختلفة بعض هذه الأمراض يظهر بمجرد التعرض لهذه البيئة غير الصحية ومنها ما يظهر بعد مدة من الزمن خاصة إذا استمر التعرض لهذا الجو الفاسد<sup>(٣)</sup>.

ويؤثر التلوث فى عمليات البناء والهدم فى جسم الإنسان فالهواء الملوث يدخل فى دورة البناء والهدم بطريقتين أساسيتين أولهما طريقة مباشرة من خلال التنفس والثانية من خلال ما يظل السُماء ضباب ودخان يمنع نفاذ أشعة الشمس فوق البنفسجية مما يؤثر تأثيراً على دورة البناء والهدم فى جسم الإنسان لتبدأ مرحلة جديدة من أمراض الضعف والهزال<sup>(٤)</sup>.

ولكن هناك العديد من الوسائل الوقائية والتي تحد من تلوث الهواء ومن هذه الوسائل:

١ - الحد من الرماد المتطاير والدخان: وذلك بتبديل الوقود من الفحم إلى مشتقات النفط (البترول) أو الطاقة الكهربائية كمصدر للطاقة.

(1) Frank and Vagnalls, New Encyclopedia, Book one, U.S.A.

(٢) مصطفى عبد العزيز، مرجع سابق، ص ٣٨٨.

(٣) كمال الدين حكيم وآخرون، صحة البيئة فى الدول النامية، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٣٠.

(٤) سامية الخشاب، المجتمع الصناعى ومشكلاته، دار التعاون للطبع والنشر، القاهرة، ١٩٩١، ١٩٦٩، ص ٦٦.

- ٢ - تقييد المصانع بالتعليمات والأنظمة التي يجب أن تتبع منذ تصميمها إلى حالة عملها الدائم من استعمال المحروقات قليلة الدخان وطرق التخلص من الغازات السامة<sup>(١)</sup>.
- ٣ - استخدام المداخن العالية عن سطح الأرض لتخفيف تركيز الملوثات عن المصانع المختلفة.
- ٤ - استخدام وسائل حرق الملوثات الغازية مثل جهاز الشعلة بمعامل تكرير البترول.
- ٥ - تحديد مرور السيارات بالشوارع المزدهمة ومنع استعمال الزيوت الثقيلة ووضع جهاز خاصة يضاف إلى السيارات للحد والإقلال من مقدار الوقود غير المحترق.
- ٦ - مراقبة حركة الملوثات وقياس درجة تركيزها في الهواء باستمرار لحماية المواطنين من أخطارها وذلك بوضع أجهزة خاصة تنبئ عن المواد السامة وتلوث الهواء.
- ٧ - التخفيف الصحي عن التلوث<sup>(٢)</sup>.

## ٢ - تلوث الماء:

- أدى تقدم الإنسان التكنولوجي والحضارى وزيادة استثماره للمواد التي تلوث مصادر الماء أيضاً عن طريق المواد السامة التي تنصرف إليها وتنقسم تلوث الماء إلى ثلاثة أنواع:
- أ - تلوث طبيعي: ويقصد به التلوث الذي يغير خصائص الماء الطبيعية فيجعله غير ممكن للاستعمال الآدمي مثل اكتسابه رائحة كريهة أو اللون أو المذاق.
  - ب - تلوث كيميائي: ويصبح به الماء تأثير سام نتيجة وجود مواد سامة كيميائية مثل مركبات الرصاص أو المبيدات الحشرية.
  - ج - تلوث بكتيري: وذلك بوجود ميكروبات مرضية بالمياه فيتسبب عن شربه الأمراض المعدية<sup>(٣)</sup>.

---

(١) عبد الله محمد إبراهيم، مبادئ في العلوم البيئية، دار السنة المحمدية، ١٩٩١، ص ١٥٠.

(٢) مصطفى عبد العزيز، مرجع سابق، ص ٦٠.

(٣) أحمد على إسماعيل، جغرافية الإنسان والبيئة والموارد، دار القباء للطباعة، ١٩٩٠، ص ١٦٧.

- أما مصادر تلوث الماء فيمكن تقسيمها إلى:
- مصادر منزلية: وهو ما يلقي من ملوثات فى المياه العامة من اقدار مختلفة ناجمة عن البيوت فى منطقة ما وأكثر هذه الملوثات هى ملوثات حيوية تزداد أهميتها لازدياد عدد السكان فى منطقة ما.
- مصادر صناعية: ناجمة عن طرح الفضلات الصناعية التى تتميز بشدة احتوائها على مواد سامة خطيرة يصعب التخلص منها.
- مصادر زراعية: ناجمة عن تلوث التربة بالمفرغات البشرية أو الحيوانية أو المبيدات الحشرية أو المخصبات<sup>(١)</sup>.

ويعتبر الماء الملوث مصدر من مصادر الأمراض ومن هذه الأمراض:

- أ - أمراض بكتيرية: مثل التيفود والكوليرا والنزلات المعوية.
- ب - أمراض فيروسية: مثل شلل الأطفال والتهاب الكبد الوبائى.
- ج - أمراض طفيلية: مثل البلهارسيا والدوسنتاريا.
- د - تضخم الغدة الدرقية وتسوس الأسنان<sup>(٢)</sup>.

- ويمكن تنقية الماء الملوث وإصلاحه بطريقة فيزيائية وكيميائية:
- الطرق الفيزيائية: وذلك باللجوء إلى الترشيح والتقطير أو الغلى أو الأشعة فوق البنفسجية.
- الطرق الكيميائية: من الوسائل الجيدة المستعملة هى تلك المواد التى تتوافر فيها بعض الصفات منها:

ألا تكون ضارة بالإنسان، وألا تترك فى الماء طعاماً مستنكراً أو رائحة كريهة وأن تكون سهلة الاستعمال ومتوفرة فى الأسواق.

كما يجب التخلص من الاقدار والفضلات المنزلية والجماعية وعدم إلقائها فى الماء لأن هذا يؤدى إلى المياة وانتقال عدد من الأوعية والأمراض الخطيرة كالكوليرا والحميات.

(١) مصطفى عبد العزيز، مرجع سابق، ص ٣٩٠.

(٢) فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار الكتاب العربى، ١٩٦٩، ص ١٦٨.

## ٢ - تلوث التربة والغذاء :

تعتبر التربة الصالحة للزراعة مصدراً هاماً عن مصادر إنتاج الغذاء ... ولقد دفع زيادة الطلب على الغذاء إلى زيادة نسبة الأمراض حيث أن استخدام المخصبات الزراعية والمبيدات الحشرية للحصول على المزيد من المحاصيل الزراعية السبب في تلوث التربة والغذاء.

وهناك مصادر متعددة لتلوث التربة والغذاء منها:

- أ - المبالغة في استخدام الأسمدة الكيماوية في الزراعة مما يتسبب في تلوث التربة والنبات والمسطحات المائية.
- ب - المبالغة في استخدام مبيدات الآفات التي لها آثار سيئة على صحة الفرد والتربة والغذاء.
- ج - استخدام الفضلات الآدمية في تسميد الفواكه والخضروات مما أدى إلى نقل العديد من الأمراض للإنسان<sup>(١)</sup>.

أما عن وسائل مكافحة تلوث التربة والغذاء فهي:

- الاستعمال المأمون للمبيدات الحشرية.
- التوعية بخطورة استخدام المبيدات المنزلية دون معرفة الشروط والقواعد الصحية.
- الإشراف الصحي الكامل على تصنيع الأغذية وتداولها.
- الامتناع عن إضافة مضادات حيوية بغرض تسمين الحيوان.
- الإقلال بقدر الإمكان من استخدام الأطعمة المخفوظة والمجمدة.
- الحد من استخدام الإضافات الصناعية الغذائية ومكسبات الطعم واللون والرائحة<sup>(٢)</sup>.

## ٤ - التلوث بالضوضاء :

الضوضاء من أهم العوامل التي تؤثر على صلاحية البيئة التي يعيش فيها الإنسان المتحضر والتي يجب العمل على تقليلها بقدر الإمكان لما لها من آثار ضارة بالأعصاب والصحة العامة ولقد كان للمدنية الحديثة وما يصاحبها من تكديس

(١) السيد حسن على، المؤتمر العلمي الأول لتلوث البيئة، مطبعة جامعة الإسكندرية، ١٩٧٣، ص ٧.

(٢) سامية الخشاب، مرجع سابق، ص ٧٤.

السكان فى المدن وشدة الزحام وزيادة حركة العمران ووسائل المواصلات أبدع  
الأثر فى فساد البيئة<sup>(١)</sup>.

وهناك مصادر ان للتلوث الضوضائى:

- مصادر أولية: مثل المصانع ووسائل النقل المختلفة.
- ومصادر ثانوية: كمنشآت الإنسان المتعمد إصدار موسيقى صاخبة أو آلات  
تنبيه مزعجة<sup>(٢)</sup>.

وتسبب الضوضاء العديد من الأمراض منها: حدوث الصمم، ضيق شديد  
وتوتر وأرق، ارتفاع ضغط الدم، التقلص العضلى وقد تؤدى إلى حدوث بعض  
حوادث العنف وسرعة الانفعال والهلوسة والشعور باكتئاب.

وهناك بعض الوسائل لمكافحة التلوث الضوضائى منها:

- أ - مراعاة إنشاء مطارات جديدة بعيدة عن المدن بمسافات كافية.
- ب - ابتكار أساليب جديدة تقلل من الضوضاء الناتجة عن تشغيل محركات  
السيارات.
- ج - إعادة تخطيط المدن وما فيها من طرق وإقامة حواجز خاصة لامتصاص  
الضوضاء.
- د - منع استخدام مكبرات الصوت.
- هـ - عدم منح رخص للمصانع والورش التى تصدر عنها ضوضاء داخل المناطق  
السكنية.
- و - تنمية الوعي ضد الضوضاء عند السكان وطلاب المدارس عن طريق وسائل  
الإعلام والتعليم والاتصال<sup>(٣)</sup>.

## ٥ - التلوث الإشعاعى:

يتعرض الإنسان فى الأحوال العادية إلى اشعاعات من عدة مصادر طبيعية  
مثل الأشعة الكونية، إلا أنه مع العصر الحديث بدأ الإنسان يتعرض إلى أشعاعات

(١) كمال الدين حكيم، مرجع سابق، ص ٣٤.

(٢) عبد الله محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص ١٦٤.

(٣) سامية الخشاب، مرجع سابق، ص ٧٦.



من مصادر غير طبيعية مثل التجارب الذرية وما يترتب عليها من تلوث للهواء والماء والأغذية - وكذلك الاشعاعات الصادرة عن مؤسسات الطاقة ومفاعلاتها الذرية النووية نتيجة لحوادث مفاجئة أو لعدم صرف مخلفاتها بطريقة سليمة وكذلك من السفن التي تعمل بالطاقة الذرية<sup>(١)</sup>.

وللوقاية من التلوث الاشعاعي يجب اتخاذ الإجراءات الوقائية اللازمة لضمان عدم تعرض الإنسان إلى المستويات الخطرة من الاشعاعات وتوجد أجهزة الكترونية في مؤسسة الطاقة الذرية ومحطات الارصاد الجوية والمطارات يعمل بها اخصائيون لقياس درجة التلوث ... ويكون الهدف الرئيسى من الوقاية هو انقاص عدد الأشخاص المعرضين للخطر إلى أقل عدد ممكن، كما يجب دراسة اتجاهات الرياح وسرعتها لمعرفة مدى أثرها على المواد المنبعثة، وفي حالة اكتشاف تلوث فأول ما يجب عمله هو اخلاء المكان المجاور لمصدر اكتشاف التلوث، ثم اخلاء المساكن الواقعة تحت الرياح ثم الأماكن الأخرى<sup>(٢)</sup>.

#### ٦ - التلوث الكهرومغناطيسى:

ظهر هذا التلوث نتيجة للعديد من محطات الراديو والتلفاز وكذلك شبكات الضغط العالى التى تنتقل بالكهرباء لمسافات بعيدة كما يزدحم الجو حولنا بالموجات الصغيرة المستخدمة فى الإتصالات الهاتفية وكذلك بالموجات الكهرومغناطيسية التى تتداخل مع الجهاز العصبى وعمل المخ وتصيب الإنسان بأعراض الأرق والإجهاد وصداع مع آلام فى أعضاء مختلفة، وتدل المؤشرات الأولية على أنها تسبب لحیونات التجارب أمراضاً بالدم وخلل بالهومونات واضطرب فى الجهاز العصبى.

#### ٧ - التلوث من الحروب:

تسبب الحروب بأسلحتها المختلفة تلوثاً للبيئة لأدخنة والحرائق والأتربة والغازات التى تنجم عنها ولا سيما لو استخدمت فيها الأسلحة الكيماوية أو البيولوجية المحرمة دولياً<sup>(٣)</sup>.

(١) مصطفى عبد العزيز، مرجع سابق، ص ١٨.

(٢) كمال الدين حكم، مرجع سابق، ص ٢٦.

(٣) عبد الله محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص ١٦٦.

## ٨ - الملوثات البشرية:

من أهم الملوثات البشرية هى عامل نمو سكان العالم فخلال المليون سنة التى مضت يمكن أن نميز ظاهرة النمو المطرد للسكان كأهم حدث انتاب هذا الكوكب وقد يقف أفراد الجنس البشرى على حافة عصر انهيار كامل نتيجة لآخطار الموت التى يتعرض لها العالم الآن وليس هناك ظاهرة جيولوجية خلال البليون سنة التى مضت قد عرضت الحياة على الأرض للفناء مثل ظاهرة الانفجار السكانى<sup>(١)</sup>.

## ثالثاً - تصور مستقبلى للبيئة الصحية:

بعد هذا العرض يتضح لنا أن البيئة جزء أساسى وهام إن لم تكن أهم مكون من مكونات البرنامج الصحى للمجتمع - وفى الواقع يعتبر برنامج صحة البيئة أهم عامل فى خفض نسبة انتشار الأمراض والمشاكل الصحية ... ولكن لابد وأن تضع فى اعتبارنا أن المنهج الذى اعتمدت عليه البلدان المتقدمة إزاء تحسين البيئة لا تصلح للبلدان النامية التى لا سبيل فيها إلى التحسن البيئى إلا عبر فهم المجتمع المحلى له وتقبله إياه وقيامه بتنفيذه وتحقيق هذا الهدف بالضرورة يقتضى استشارة ذوى الخبرة والتشقيف الصحى.

ولذلك إذا أردنا تحسين البيئة بنجاح:

- ١ - فلا بد أن يحدث التغير من داخل المجتمع نفسه لا أن يكون مفروض عليه من خارجه ... أن مشاكل صحة البيئة يتطلب دائماً استجابة كل القطاعات ومن هنا أهم عوامل تحسين صحة البيئة أهمية مشاركة المجتمع وعادة ما توجد داخل المجتمع نماذج مختلفة للمشاركة كما يلى:
  - أ - القادة: وهم متنوعون فى صفاتهم ودوافعهم وخبراتهم وفى المساندة التى يحظون بها من المجتمع وخارجه.

ب - ذو التأثير فى المجتمع قد يكونون أو لا يكونون من القادة وهم الأشخاص ذو الدور الخاص بالمجتمع وقد يكونون من قادة الرأى ويحترمهم الجمهور المحلى.

(١) عابدة بشارة، دراسات فى بعض مشاكل تلوث البيئة.

جـ - سكان المجتمع ويمكن توقع أن يساهم هؤلاء أيضاً إما مباشرة من خلال التجمعات المفتوحة وإما من خلال الهياكل المحلية ... وهنا يجب التأكيد على الدور الهام الذى يمكن أن تقوم به المرأة فى مختلف نشاطات النهوض بالصحة حيث أنها غالباً ما تكون صاحبة القرار الأساسى فى موضوعات تغذية وتطعيم وعلاج وهن عادة ما يتولين مسئولية نظافة البيئة السكنية للمباني العامة التى تتم فيها الأنشطة الاجتماعية اليومية<sup>(١)</sup>.

٢ - ينبغى أن يكون اتخاذ تدابير لحماية البيئة جزءاً لا يتجزأ من خطة الدولة ... فالحكومة يجب أن تكون مسئولة عن حماية البيئة وشريكة مساهمة فيها.

٣ - يجب ادخال موضوع حماية البيئة فى برامج التعليم فى المدارس إذ ينبغى توفير ثقافة بيئة لكل فرد من سكان المجتمع ومن شأن ذلك أن يسهم فى انجاز هدف توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠.

٤ - إن تطبيق نماذج اقتصادية لأغراض التنمية دون مراعاة العوامل الاجتماعية ذات الأثر الحاسم على الصحة والمرضى قد أسفر عن ازدياد فى خطر التلوث وفى الاجهاد وزيف أنماط الحياة فى بعض البلدان.

(١) تحسين أحوال البيئة فى المستوطنات الفقيرة، صدر عن منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمى لشرق البحر المتوسط، ص ١٤ - ١٧.



## **الفصل الثالث**

# **المرض ... المفهوم والأسباب والنظريات**

**تمهيد.**

**أولاً - مفهوم المرض وتطور فكرته عبر العصور المختلفة.**

**ثانياً - أسباب المرض.**

**ثالثاً - تصنيف المرض.**

**رابعاً - طرق انتشار المرض.**

**خامساً - وسائل الوقاية والعلاج من المرض.**



## تمهيد :

أن الحقيقة القائلة بأن البصيرة أو الحدس يتدخل تدخلاً كبيراً في مزاولة الطب لا تعفينا من تعريف الاصطلاحات الطبية الواردة في أوضح ما نستطيع التعريف وهذا ضرورى بنوع خاص فليس عامة الناس وحدهم هم الذين يستخدمون الاصطلاحات الطبية دون أن يتوقفوا ابداً للتفكير في معناها بل أن الأطباء يفعلون ذلك. فمثلاً ما هو المعنى الحقيقى الدقيق لكلمة الدواء أو المرض *Disease* وهو الموضوع الذى نوشك أن نناقشه؟ وكلمة *Disease* الإنجليزية فى اشتقاقها اللغوى تعنى غياب الراحة *Ease* ولكننا لو تقدمنا خطوة أخرى وسألنا أنفسنا ما هو فقدان الراحة عند المريض لو اجهتنا المصاعب فوراً فقد تغير السبب المزعوم للمريض فى العصور المختلفة لتاريخ الطب وحتى وقتنا الحاضر فإن تفكيرنا وفكرتنا عن المرض عرضه للتغيير<sup>(١)</sup> ومن المهم تدارك قبل أن نتاول العثور على تفسير للمرض أكثر اقناعاً أن كلمة المرض كثيراً ما تستخدم بتوسع سواء من العامة أو الأطباء فنحن نستخدمها أحياناً للدلالة على العوامل الضار الذى نعتقد أنه السبب الاصلى للمرضى وأحياناً أخرى نعنى به الاضطراب الجسمى الذى ينشأ عن فعل هذا السبب الاصلى.

فإذا حثنا مثلاً بأنه أبلى حديثاً من أصابة حادة من الحمى القرمزية فإنه يشير عادة إلى تقرح الحلق أو الصداع والطفح والألام والأوجاع التى علناها عندما كان فى مستشفى الحميات مع أن كل احتمال من المكاره هناك لم يكن إلا مظاهر لرد فعل جسم ضد غزو الميكروبات السبحية لانسجته ولو يحدث رد الفعل هذا لمات المريض دون ريب. ونحن بالصدفة فى حالة الحمى القرمزية فى مواقف يسع لنا بأن نميز سبب رد الفعل الذى يؤدي إليه ولكن هذا مستحيل فى أمراض كثيرة<sup>(٢)</sup>.

وسواء كان المرض موضوع البحث مرضاً جسيماً فى الأغلب أو كان فى أغلبية نفسياً فإنه فى جوهره من طبيعة واحدة أعنى اضطرابات فى التوازن الداخلى لهذا الجهاز القوى بالغ التعقيد المعروف لنا بأسم الكائن وكذلك كانت الفكرة القديمة عن المرض وارجاعه إلى اختلال فى التوازن الاخلاط الاربعة الكبرى مبالغة فى تبسيط ظاهرة فى حقيقتها بالغة التعقيد.

(١) كنت ووكر، مرض وأطباء، ترجمة د. عزت عبد الرحمن شعلان، دار التعاون للنشر، القاهرة.

(٢) المرجع السابق، ص ٢٧.



لقد صنع الله فى صورة تدعو إلى الروعة والاعجاب بما يفوق بكثير ما خطر على قلب كانت هذه الكلمات فى العهد القديم.

كما أن اختلال عمل الآلة بالغ التعقيد أكثر احتمالاً من اختلال الآلة البسيط فكذلك نحن الآدميين أكثر تعرضاً للمرض من أنواع الكائنات البسيطة مثل الاميبا والفت والأسماك الهلامية ونحن نستطيع الأحساس بالتوافق والاختلال فى حياتنا العقد الذى لا تعرف هذه المخلوقات البسيطة شيئاً عنه ولكن نكون حقيقة اصحاء يجب أن نحقق التوافق لا فى مستوى واحد بل فى ثلاثة مستويات بدنية ونفسية وروحية وتشابك هضبة الحقائق أو الملفات الثلاث فى داخلنا تشابكاً عميقاً بحيث لا يمكن أن تفضل ولذلك فإن اضطراب أحدهما سرعان ما يتصل بالآخرين وتتوقف الحياة على تبادل دائم بين الكائن وما يحيط به أخذ أبدي للمادة من البيئة إلى الكائن واعطاء المادة لها ثانى كما تكتنف أيضاً الحاجة إلى التكيف المستمر بين الكائن وبيئة المتغير وفى غصون الأخذ والعطاء يصاب الكائن أحياناً أن الإنسان شأنه شأن كل نوع من الحياة على هذه الأرض لابد من أن يأكل الحياة ثم تأكلة بدورها الحياة فهو فى خطر مستمر من أن تأكله المخلوقات الدقيقة التى نشأت على أسلوب طفيلى من الحياة بجراثيم المرض<sup>(١)</sup>.

### أولاً - مفهوم المرض وتطور فكرته فى العصور المختلفة:

يعرف المرض بأنه الحالة التى يحدث فيها خلل أما فى الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأن إعاقة قدرة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لاداء وظيفة مناسبة<sup>(٢)</sup>.

وعادة ما يحدث المرض نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام، كما يحدث أيضاً إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوى أو أكثر من أعضاء الجسم فى آداء وظائفه<sup>(٣)</sup>.

(١) المرجع السابق، ص ٢٩.

(2) Stanley Davislson And Athers, The Principles and Practice of Medicine, London, 1987, P: 4.

(٣) إبراهيم المليجى، الرعاية الطبية والتأهلية، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٩١، ص ٩٥.

وهناك فرق بين المرض والاعتلال والسقم فالمرض يحدد بأنه الإدراك الواعى بعدم الراحة، أما الاعتلال فهو حالة من الأختلال الوظيفى والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعى وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين، وأخيراً السقم فهو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفى تؤثر على شخصية الفرد..... وبهذا يكون المرض عبارة عن اقلال من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته تجاه أسرته ومجتمعه وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق والخوف<sup>(١)</sup>.

وإذا تتبعنا تطور فكرة المرض عبر العصور المختلفة نجد أن البدائين اعتقدوا أن حياتهم تحكمها الارواح الخيرة وأخرى معادية ولذلك كان من الطبيعى أن يرجعوا المرض إلى تسلط روح معادية على الشخص المصاب وعلى ذلك كان الكاهن العالم بوسائل الارواح يستدعى ويطلب إليه أن يطرد العفريت المسئول بأسرع ما يمكن، وكلما أسرع الطبيب الكاهن بالحضور إلى مكان المريض وبدأ عمله فى طرد الروح الخبيثة كان هذا أفضل حتى لا يقع ضرر بالغ للمريض ولقد تغير تفسير المرض فى أوائل العصر الاغريقى ولكنه ظل يعتبر بأنه نتيجة أسباب فوق طبيعة فكان تذله الآلهة على الناس الذين أسرفوا فى الطغيان ولم يدرك الأطباء بطلان هذه النظرية ألا بظهور أبو قراط فى العصر الذهبى للاغريق فتعلموا أن ينظرون إلى الأمراض على أنها ظواهر طبيعية تراقب وتدرس<sup>(٢)</sup>.

لذلك كان طبيعياً أن يقتصر الطب المعاصرون إلى النظر للإنسان على أنه آله مكسوره يجب اصلاح ما بها من عطل ومع تقدم علم الأمراض الحديث ظهر تفسير أدق لطبيعة المرض حيث أصبح ينظر إليه باعتباره نتيجة عدة عوامل مجتمعه حيث بدأ النظر إلى الإنسان باعتباره كل متكامل<sup>(٣)</sup>.

(١) مرجع سابق، ص ٩٦.

(٢) كينيث وودكر، مرض واطباء، وترجمة عزت عبد الرحمن شعلان، دار التعاون للطبع والنشر، ١٩٦٠، ص ٢٥.

(٣) مرجع سابق، ص ٢٧.

## ثانياً - أسباب المرض :

### ١ - النظريات المتعلقة بمسببات المرض:

يرى البعض أنه يمكن تفسير أسباب المرض عن طريق احدى النظريتين التاليتين:

أ - نظرية العلة أو السبب الواحد للمرض Single Cause: وتفترض هذه النظرية أن المرض ينتج من سبب واحد محدود وفى حالة وجود هذا السبب تظهر الحالة المرضية فمثلاً مرض الدرن ينتج من ميكروب الدرن، أى أنه فى وجود هذا الميكروب ينتج مرض الدرن بالضرورة، وعلى هذا الأساس يمكن التخطيط للوقاية من المرض وذلك بإبعاد هذا الميكروب عن الإنسان.

ب - نظرية الأسباب المتعددة للمرض Muline Cause: وينتج هنا المستوى الصحى من تفاعل عدة عوامل يعمل كل منها فى اتجاه قد يكون ايجابياً أو سلبياً فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية فمثلاً مريض الدرن يتأثر بالتفاعل بين ميكروب الدرن من ناحية والإنسان المضيف من ناحية أخرى، أما اذا تغلبت العوامل الايجابية استمرت حالة الصحة والسلامة ويترتب على ذلك ضرورة أخذ كل هذه العوامل فى الاعتبار عند الوقاية أو العلاج<sup>(١)</sup>.

### ٢ - العوامل التى تقرر مستوى الصحة أو المرض:

#### أ - العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للمرض :

ويعرف هذا المسبب النوعى بالعنصر أو المادة سواء كان حى أو غير حى والذى فى وجوده قد تبدأ أو تستمر العملية المرضية وتنقسم المسببات النوعية للأمراض إلى فئات هى:

- المسببات النوعية الحيوية: وهى قد تكون من أصل حيوانى مثل حيوانات الآميا أو ديدان البلهارسيا أو الانكلوستا أو الاسكارس وقد تكون مثل الفطريات والبكتريا والفيروسات.

(١) إبراهيم المليجى، الرعاية الطبية والتأهلية، مرجع سابق ١٢٣.

- المسببات الغذائية: مثل الكربوهيدرات والبروتينات والمعادن والماء وهذه تؤدي إلى المرض سواء كانت قليلة أو كثيرة.
- الحالة الجيولوجية: مثل نوع التربة والمناخ ويشمل درجات الحرارة والرطوبة.
- البيئة البيولوجية: وتشمل عناصر حيوانية ونباتية.
- البيئة الاجتماعية والثقافية: وتشمل كثافة السكان. المستوى التعليمي. المستوى الاقتصادي، الاستعدادات الصحية<sup>(١)</sup>.

ويرى فريق آخر من الباحثين أن هناك أسباب متعددة للمرض يمكن حصرها على النحو التالي وخاصة إذا اعتبرنا أن المرض هو حالة تعوق الفرد عن أداء وظيفية ومن هذه العوامل:

- أ - الوراثة: حيث ينتقل بواسطة الجينات ويتوارث في العائلة مثل الهيموفيليا.
- ب - العيوب الخلقية: وتظهر أثناء عملية الولادة أو تعاطى الأدوية والعقاقير أو العدوى أو الإشعاع مثل تعرض المرأة الحامل إلى شخص مصاب بالحصبة أثناء فترة الحمل.
- ج - التغذية: ويتسبب عن طريق عدم الحصول على مواد الغذاء المتكاملة سواء من الناحية الكمية أو الكيفية.
- د - العوامل الكيميائية: حيث تدخل المواد الكيميائية إلى جسم الإنسان عن طريق التنفس أو الاتصال المباشر أو تجمّع السموم.
- هـ - العدوى: حيث تدخل جسم الإنسان ثم تنمو وتتكاثر مثل الفيروسات والبكتريا والفطريات<sup>(٢)</sup>.

أما إذ تحدثنا عن العوامل الاجتماعية المسببة للأمراض نجد أنها عديدة ومتنوعة منها:

- ١ - العادات والتقاليد في المجتمع: لاشك أن لكل مجتمع عاداته وتقاليده الراسخة القوية التي تحكمه وبعض هذه التقاليد جيد والبعض الآخر يشكل

---

(١) فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف إيسكندرية. ص ١٠.

(2) Stanley Davidsan, Op. Cit, PP. 4: 5.

عائقاً اجتماعياً يمنع من الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة وتبعاً لنوع التنشئة الاجتماعية التى تفرضها بيئة الفرد الاجتماعية يكون المستوى الصحى فقد ينشأ الفرد فى بيئة لا تهتم بتعليم أسلوب النظافة الشخصية ولا تمنعهم من شرب مياه الترع وقضاء الحاجة بها، وقد ينشأ الأفراد فى بيئة تهتم بتلقين الأطفال أصول النظافة أو العادات الصحية السليمة وتنشئتهم على السلوك السليم التى يتوقف على المستوى الصحى فى المجتمع الذى هو نتاج للتنشئة الاجتماعية<sup>(١)</sup>.

- ٢ - المستوى الاقتصادى: بالرغم من التحسن الواضح فى المستوى الاقتصادى والارتفاع النسبى لمستوى الدخل إلا أنه بالمقارنة بالدول المتقدمة الأخرى لا يزال هذا المستوى أقل من المستوى المرغوب فيه حيث يؤثر دخل الأسرة فى المسكن والملبس والتغذية التى تؤثر بدورها على صحة الفرد.
- ٣ - التعليم: يلعب التعليم دور هام فى صحة الفرد والمجتمع ككل.
- ٤ - حجم الأسرة: حيث أن كثرة عدد الأولاد فى الأسرة يؤثر على الحالة الغذائية للأسرة وكذلك انتشار الأمراض المعدية.
- ٥ - حالة المسكن: فقلة الامكانيات لها تأثيراً على الصحة وخصوصاً الأزدحام بالمسكن وعدم توفر المياه الصالحة للشرب وقلة التهوية وعدم وجود الصرف الصحى السليم<sup>(٢)</sup>.

وفى الواقع أن هذه العوامل الاجتماعية تعمل فى الغالب عن توطن المشكلات الصحية واستمرارها فى المجتمع والأمثلة على ذلك كثيرة منها:

- أ - ارتفاع معدل الوفيات بين الأطفال الرضع : يرتفع معدل وفيات الأطفال الرضع بالبلاد النامية إلى عدة أضعاف فى نفس المعدل فى الدول المتقدمة ويرجع ذلك إلى الفقر والجهل والاعتقاد الشديد فى القضاء والقدر، التواخى فى علاج الأطفال اعتقاداً منهم بأنهم سيدخلون الجنة ويكون فى خدمة والديهم فى الآخرة، المركز الاجتماعى للطفل حيث يكون غير ذو أهمية.

(١) زينب محمد شيه، مبادئ الصحة العامة والطب الاجتماعى، ١٩٩٠، ص ١٧٠.

(٢) محمد لييب إبراهيم، صحة المجتمع، دار نهر النيل، الغربية ١٩٨٧، ص ٦ : ٨.

ب - البلهارسيا :

حيث ينتشر هذا المرض الطفيلي انتشاراً كبيراً في مصر وفي الواقع أن أى دراسة مستفيضة لأى مشكلة من المشكلات الصحية تؤكد في أغلب الأحيان أهمية الأسباب الاجتماعية والثقافية والنفسية كعوامل هامة في أحداث هذه المشاكل، ومن الملاحظ أن الكثير من المعتقدات المتعلقة بأسباب وعلاج المشاكل الصحية لا تعتمد في أحيان كثيرة على أسس طبية علمية بل تستند إلى معتقدات خاطئة متوارثة مثل العين الحاسدة، الملابس الحمراء في مرض الحصبة، العلاج بالكي بالنار، الزار استخدام الأحجية في العلاج<sup>(١)</sup>.

وبذلك يكون قد تبين لنا أهمية العوامل الاجتماعية وتأثيرها في انتشار وظهور الأمراض وتبين أيضاً أهمية هذه العوامل في العلاج ووجود ارتباط وثيق بين المرض والبيئة الاجتماعية واصبحت ممارسة الطب لا تتوقف فقط على دراسة العلوم الطبية المختلفة ومزاولة العلاج الطبي ومكافحة الأمراض، بل امتد العلاج إلى دراسة البيئة الاجتماعية كعامل فعال في منع انتشار الأمراض ومكافحتها فعلى سبيل المثال:

- مرض السل أو الدرن: من الأمراض التي تنتشر نتيجة انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد وللأسرة ومن العوامل أيضاً التي تساعد على انتشاره الفقر وسوء التغذية وازدحام أفراد الأسرة داخل حجرة واحدة إلى جانب بعض العادات السيئة مثل البصق على الأرض.
- الأمراض الطفيلية: مثل البلهارسيا والانكاستوما وغيرها والذي يساعد على انتشار مثل هذه الأمراض انتشار العادات السيئة للفلاحين كالاستحمام في الترع والتبرز على حوافها.
- أمراض سوء التغذية: تلك التي تنتج من انخفاض مستوى دخل الأسرة وعدم معرفة الأسرة بالعادات الغذائية السليمة ومدى احتياج الجسم للعناصر الغذائية الضرورية.

(١) فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص ٤٩ : ٥٣.

■ الأمراض التى تنتقل عن طريق الهواء: مثل الأنفلونزا والتهاب الرئوى السحائى، تلك الأمراض التى تنتشر نتيجة لحالة السكن وعدم نوافر المياه الصالحة للشرب به، وقلة التهوية وعدم وجود الصرف الصحى السليم<sup>(١)</sup>.

### ثالثاً - تصنيف الأمراض.

ليس من السهل وضع تصنيف مبسط لكل الأمراض التى تصيب الإنسان لأنها كثيرة ولذا فقد اختلفت آراء الباحثين بشأن هذا الموضوع:

فالبعض يصنف الأمراض ويقسمها إلى فئتين:

١ - الأمراض المعدية: وهى تلك الأمراض التى تسببها الكائنات الدقيقة التى لا ترى بالعين المجردة وتسمى الجراثيم وتؤثر هذه الكائنات على الجسم وقد تفرز مواد سامة يقاومها الجسم وتظهر عليه أعراض وعلامات نتيجة لهذه المعركة، وتحدث العدوى نتيجة انتقال جراثيم المرض من المريض إلى شخص آخر غير مريض فتسبب له نفس الحالة المرضية.

٢ - الأمراض غير المعدية: وهى تلك الأمراض التى تسببها الجراثيم ولا تنتقل من المريض إلى الآخرين ولها أسباب كثيرة تختلف بنوع المريض<sup>(٢)</sup>.

وهناك تصنيف آخر للأمراض أكثر تفصيلاً من التصنيف السابق حيث صنف العلماء الأمراض إلى:

أولاً - أمراض سوء التغذية: ومنها مرض المارازماس (وهو مرض أكثر انتشاراً فى البيئة الفقيرة ويحدث بسبب نقص الغذاء كله وليس البروتين فقط)، مرض نقص فيتامين أ، البرى برى، الكساح، تضخم الغدة الدرقية، البلارجرا، الاسقربوط.

ثانياً - الأمراض الطفيلية: وهى تنتشر بسبب أمراض الديدان مثل البهارسيا، الانكلستوما، الاسكارس، الدراكونتا، عمى النهر.

(١) محمد درويش البرجى، الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعى والتربية الصحية، ١٩٨٨، ص ٣٥.

(٢) الدليل الصحى للأسرة، منظمة الصحة العالمية، الجمعية المصرية للنشر والمعرفة والثقافة العالمية، ١٩٩١، ص ٢٠.



- ثالثاً - أمراض الحميات: مثل الملاريا، الحمى الصفراء، مرض النوم.  
رابعاً - الأمراض المعدية: مثل الكوليرا، الدوسنتاريا، قرحة المعدة.  
خامساً - الأمراض الجلدية: مثل الجدري - الحصبة، القرحة المدارية.  
سادساً - الأمراض التناسلية: مثل الزهري والسيلان.  
سابعاً - أمراض الجهاز التنفسي: مثل الدرن، النزلة الشعبية، الالتهاب الرئوي.  
ثامناً - أمراض فيروسية متنوعة: مثل التهاب الكبد الوبائي، شلل الأطفال، الإيدز.

تاسعاً - بعض الأمراض الشائعة غير المعدية: مثل السرطان، أمراض القلب والدورة الدموية، أمراض الحساسية<sup>(١)</sup>.

وهناك تصنيف ثالث للأمراض يركز على تصنيف الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية ومن هذه الأمراض:

#### أ - الأمراض المعدية:

- وهي مجموعة من الأمراض تسببها ميكروبات أو طفيليات وتنتشر بكثرة إذا توافرت الظروف البيئية المناسبة وقد أمكن السيطرة أن تظهر بصورة تؤثر على الصحة العامة، وهناك عامل عديدة تساعد على انتشار الأمراض المعدية منها:
- ١ - وجود مسبب للمرض مثل الميكروبات أو الفيروسات.
  - ٢ - وجود مصدر للعدوى كالإنسان أو الحيوان.

فالشخص المريض معدى يكون مصدراً خطراً للعدوى حيث أن الميكروبات تخرج من جسمه بكميات كبيرة خلال فترة المرض، والشخص الحامل للميكروب وهو شخص سليم ظاهرياً أي أنه لا يشكو من أى أعراض للمرض ولكن توجد داخل جسمه ميكروبات مرضية قوية يحاول التخلص منها بإفرازها للخارج ودور حامل الميكروب في انتشار العدوى أشد خطراً من المريض نفسه<sup>(٢)</sup>.

كما يعتبر الحيوان مصدر آخر للعدوى وانتشار الأمراض المعدية حيث أن هذه الأمراض تنتشر نتيجة تناول المريض منتجات الحيوان مثل اللبن واللحوم

(١) عبد العزيز شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، ص ٣٤١ : ٣٦٦.

(٢) ليلي حسن وآخرون، صحة المجتمع، القاهرة، ١٩٨٣ ص ٨١ : ٨٣.

أو استعمال منتجاته مثل الجلد أو الشعر فى عمل فرش الحلاقة أو غزل الصوف أو عن طريق الأختلاط المباشر بالحيوان... أو عن طريق الحشرات الناقلة للعدوى مثل مرض الطاعون الذى ينتقل للإنسان من الفئران بواسطة حشرة البرغوث<sup>(١)</sup>.

كما تنتشر الأمراض المعدية عن طريق الرزاز وبخاصة فى الأمراض التى تتواجد ميكروباتها فى الجهاز التنفسى حيث تخرج مسببات المرض فى الأنف والفم مع إفرازات هذا الجهاز من رذاذ وبصاق ولعاب أثناء الكلام أو السعال أو العطس... وتحدث العدوى بطريق مباشر أو غير مباشر فبالطريق المباشر من المرض إلى الشخص القريب منه ويساعد على انتشار العدوى بهذه الطريقة التواجد فى الأماكن المزدحمة وسوء التهوية، أما الطريق غير المباشر عند استعمال بعض أدوات المريض أو حامل الميكروب كالمنديل أو القوطة.

كما تنقل العدوى بالطعام والشراب حيث تخرج الميكروبات أو بويضات الطفيليات عن طريق البراز أو التقسيمات الموجودة على الجلد فى وفى الأظافر وتنقل إلى الشخص السليم<sup>(٢)</sup>.

#### ب - أمراض سوء التغذية:

من المعروف أنه من فقد عنصر من العناصر الأساسية أو قل مقداره عن المعدل الذى يجب أن يكون مناسباً للتمثيل الغذائى فى الجسم وينجم عنه اضطراب ومتاعب، وكان مصطلح سوء التغذية فى الماضى يطلق على الأمراض التى تنشأ عن نقص فى كمية الغذاء وأنه لا يصاب بسوء التغذية إلا الفقير، غير أن هذا المصطلح أصبح الآن على الأغنياء أيضاً نتيجة الإفراط فى أكل بعض ألوان الطعام، ويمكن القول أن الأمراض التى تنشأ عن سوء التغذية عند الفقير مخالفة تماماً لما تصيب الغنى، فالأمراض تنشأ عند الفقير من عدم جودة الطعام وافتقاره إلى بعض العناصر الغذائية وهى تظهر بسرعة وينتبه المرء إليها فيعمل على علاجها بالتغذية الصحيحة، فقد لوحظ مثلاً أنه فى الأحياء الفقيرة يصاب الأطفال بالكساح ولين العظام لعدم حصولهم على مقدار كاف من اللبن<sup>(٣)</sup>.

(١) مرجع سابق، ص ٨٤.

(٢) مرجع سابق، ص ٨٦.

(٣) حسن عبد السلام، الغذاء والصحة، دار القومية للطباعة والنشر، ١٩٧٦، ص ٨١ - ٨٤.

- ومن هنا نرى أن أمراض سوء التغذية تنتج من عدة عوامل على:
- أولاً - نقص الكميات المتوفرة من الطعام وهو ينتج من عدم حصول الفرد على كفايته من الطعام والعناصر الغذائية.
  - ثانياً - زيادة الحاجات الوظيفية كما في حالات الحمل حيث تحتاج الأم إلى العناصر الغذائية أكثر من المعتاد.
  - ثالثاً - عوامل ثانوية وهي الأمراض والمشاكل الصحية التي تعوق عملية الهضم.
  - رابعاً - نقص الوعي الغذائي بين سكان الريف.
  - خامساً - انتشار العادات الغذائية الضارة مثل إهمال وجبة الإفطار
  - سادساً - انخفاض الدخل الذى يؤثر على القدرة الشرائية مما يجعلهم يتصرفون فيما لديهم من خبرت خصوصاً اللبن والبيض والدواجن ليشتروا الحبوب التى يصنع منها الخبز والذى يعتمد عليه الفلاح اعتماداً كبيراً فى غذائه<sup>(١)</sup>.
- ومن أهم أمراض سوء التغذية: نقص الوزن - السمنة وزيادة الوزن - نقص البوتينيات - الكساح - البلاجرا البرى برى - الاسقربوط انيما سوء التغذية.

وللوقاية من أمراض سوء التغذية سببين هما:

- ١ - التخطيط السليم للخدمات الصحية وتشتمل على عناصر غذائية سليمة.
- ٢ - علاج المشاكل الصحية المستوطنة الاساسية<sup>(٢)</sup>.

### ج - الدرن (السل):

ويعتبر مرض الدرن أو السل أكثر الأمراض المعدية التى تؤدى إلى العجز المزمن والوفاة فى أغلب بلاد العالم ويؤدى إلى نتائج اجتماعية واقتصادية وخيمة لأنه يصيب الإنسان فى سن العمل والإنتاج، ويصيب السل المجتمعات التى تعيش تحت ظروف معيشية منخفضة وبين فئات فقيرة ويعتبر مدى انتشاره أحد مقاييس المستوى الاجتماعى والرعاية الاجتماعية فى المجتمع، ومما يؤكد هذا أن معدل الإصابة بالسل قد انخفضت انخفاضاً واضحاً فى المجتمعات التى أولت اهتماماً خاصاً لتحسين المسكن والتغذية وظروف العمل والمستوى العام للمعيشة<sup>(٣)</sup>.

---

(١) ليلي حسن بدر وآخرين، صحة المجتمع، مرجع سابق، ص ٢٠٢.  
(٢) شريف حتاتة، الأمراض المتوطنة، دار المعارف، القاهرة، ١٩٦١، ١٤٧: ١٥٠.  
(٣) د. عمر محمود سليمان، السل مرض ومشكلة اجتماعية، دار المعارف، ص ٢٥.

## د - الجذام:

مرض يصيب اساسا الجلد والأغشية المخاطية للمسالك التنفسية العليا وبعض الاعصاب الطرفية وقد انتشر الجذام فى جميع العصور ويوجد حاليا فى جميع انحاء العالم والمسبب للمرض هو باسيل الجذام الذى ينمو ببطء فى قدم الفئران، ومصدر العدوى هو الإنسان المريض ويخرج الباسيل مع افرازات الإصابات الجلدية والمخاطية... ومن العوامل المساعدة على العدوى الإزدحام وكثرة لدغ الحشرات وكل ما يصيب الجسم ويقلل من مقاومته والذكور اكثر استعدادا للمرض من الإناث وينقسم الجذام إلى نوعان: درنى وعصبى ويتميز الجذام الدرنى بظهور اعراض صغيرة على الجلد وخاصة الوجه، ويتميز الجذام العصبى بظهور بقع على سطح الجلد أقل تلونا من الجلد السليم ويفقد فيها حاسة اللمس والإلم وقد يؤدي هذا إلى ضمور بعض الاعضاء أو أجزاء منها مثل الإصابع اليدين والقدمين والأنف مما يؤدي إلى التشوه الواضح<sup>(1)</sup>.

## رابعاً - طرق انتشار المرض :

## أ - كيف ينتشر المرض :

أن معرفة انتقال الأمراض المعدية من شخص إلى آخر ذو أهمية عملية عظيمة لأننا ونحن قادرون بهذه المعرفة نستطيع أن لبتكر الوسائل التى تمنع إنتشار الأمراض.

وكان انتشار الأمراض مسألة هامة أهتم بها الكثير من العلماء قديماً وحديثاً وكانت آرائهم حول انتشار الأمراض صحيحة إلى المدى الذى ذهبت إليه.

وهناك عدة أمراض تنتشر من شخص لآخر بالاتصال الجنسى ولم تدرك مهنة الطب الكثير من الوسائل التى يمكن أن ينتقل بها الأمراض إلا منذ بداية القرن الحالى ولقد وجد أن الأمراض التى تسببها الفيروسات تنتشر بطريقتين أما مباشرة من شخص لآخر أو بطريقة غير مباشرة كما تنتشر الملاريا عن طريق عائل وسيط كالبعوض

(1) Sir Stanley Darrdson and Others, The Principles and Practie of Medicine, London, 1987. P:5

والحصبة الألمانية مثل مرض فيروس ينتشر بطريقة مباشرة في الهواء سائل من حلق مريضة بالحصبة الألمانية بواسطة المندرة لكن من المحتمل أن يعدى الناس القابلون للعدوى في تلك الغرفة وعلى ذلك فإن الاستنشاق العارض لقطرات اللعاب المعدي التي يمرض بها الناس بالحصبة الألمانية وتحدث مثل هذه الطريقة في الانتشار بالرزاز حامل العدوى في الأنفلونزا أو البر والجدرى والجديري والكاف.

أما الأمراض الفيروسية التي تنتشر بالحشرات فهي نوعين تمثل الحشرة في نوع منها مجرد حامل للمرض من شخص لآخر أما النوع الآخر فإن الفيروس يتكاثر داخل الحشرة فلا تعمل كناقل فحسب وإنما كعائل وسيط أيضاً.

ومما يزيد في تعقيد انتشار الأمراض الفيروسية أن الفيروس المسئول في بعض الأحيان لا يبدأ بمهاجمة الإنسان وإنما بمهاجمة بعض الحيوانات الأخرى ثم يوجه اهتمامه للإنسان فيما بعد<sup>(١)</sup>.

## ب - طرق انتشار المرض :

كانت انتشار الأمراض مسألة هيروفوس وقال أن الأمراض تنتشر بواسطة جزئيات دقيقة حية يحملها شخص إلى آخر اللوازم وأغنى بها الملابس والأشياء التي يتداولها أناس كثيرون مثل أدوات الطعام والشراب وأمتعة المنزل.

وقد كانت الدراسة الشاملة لأمراض المناطق الحارة التي بدأت في عقود السنين الأولى من هذا القرن مثمرة بنوع خاص في كشف وسائل جديدة في منع انتشار الأمراض.

## ١ - انتشار الملاريا :

كان أول عون حل لغز اكتشاف جرثومة في دم المريض بالملاريا وأخذت تجرى عدة دراسات عديدة وأبحاث عن مرض الملاريا وكيفية انتشاره إلى أن تتوصلوا إلى أن البعوض يحصل في البداية على مقدار من عدوى الملاريا عن طريق امتصاص دم المصابين من بنى الإنسان ثم ينقلها بنفس طريق اللدغ إلى إنسان

(١) كنت ووكر، مرض وأطباء، مرجع سابق ص ٣٠.

جديد وفى الحرب التى بدأت ضد الملاريا أيدت أماكن توالد البعوض هذه وأمثالها وذلك بتحسين وسائل صرف المياه حيث توجد يرقات البعوض فى المياه الراكدة فقطعت النباتات المناسبة على ضفاف الخنادق وردمت البرك والمستنقعات والحجور التى يشتمل أن يتجمع فيها الماء<sup>(١)</sup>.

## ٢ - انتشار الأمراض الفيروسية :

لقد وجد أن الأمراض التى تسببها الفيروسات تنتشر بطريقة أما مباشرة من شخص لآخر أو بطريقة غير مباشرة فلورث فى الهواء سائل من حلق المريض بالحصبة الألمانية بواسطة المندرة لكان من المحتمل أن يعدى الناس القابلون للعدوى فى تلك الغرفة وعلى ذلك فإن الإستنشاق العارض لقطرات اللعاب المعدل هو الطريقة العادية التى يمرض بها الناس بالحصبة الألمانية وتحدث مثل هذه الطريقة فى الانتشار بالرزاز الحامل العدوى الأنفلونزا أو البرد والجدرى والتكاف.

أما الأمراض الفيروسية التى تنتشر بالحشرات فهى نوعين تمثل الحشرة فى نوع منها مجرد حامل للمرض من شخص لآخر، أما فى النوع الآخر فإن الفيروس يتكاثر داخل الحشرة فلا تعمل كناقل فحسب وإنما كعامل وسيط أيضاً ومما يزيد فى تعقيد انتشار الأمراض الفيروسية المسئول فى بعض الأحيان لا يبدأ أصلاً بمهاجمة الإنسان وإنما بمهاجمة بعض الحيوانات الأخرى ثم يواجه اهتمامه للإنسان فيما بعد.

## ٢ - انتشار الحمى الصفراء :

أغلب الظن أن الحمى الصفراء بدأت فى أفريقيا ثم انتشرت بعد ذلك فى الأمريكتين وجنوب أوروبا عن طريق تجارة الرقيق يبدأ المرض بارتفاع مفاجئ فى درجة الحرارة ونوبات من القشعريرة وصداع وبعد بضعة أيام يصبح المريض مصفراً ثم يتقيأ دمًا قائمًا ولقد كان الجلد الأصفر والقى الأسود هما النذيران المشهور أن للموت الأصفر وكان المريض عادة يموت بين ستة وثمانية أيام ظهورها فإذا لم يموت فى تلك الفترة شفى وأصبح محصناً ضد الإصابات الأخرى وقد انتشرت الحمى الصفراء شمالاً حتى بلغت بوسطن وحدثت منها أوبئة فى فيلادلفيا ونيويورك.

(١) المرجع السابق ٥٧ - ٥٨.

واكتشفت بعد دراسات وأبحاث أن البعوض هو الذى ينقل مرض الحمى الصفراء وخاصة بعوضة الأيذى ايجبتانى.

حتى أن اكتشفت طريقة انتشار فيروس الحمى الصفراء واتخذت الإجراءات لاستئصاله فقد استمر وصول تقارير من جنوب أمريكا وغرب أفريقيا عن أوبئة جديدة فى الإدغال التى سبق تطهيرها من الأيذى ايجبتانى فما هو سبب هذه الأوبئة<sup>(١)</sup>.

وقد تبين أن الحمى الصفراء وكانت فى الأصل مرضاً يصيب القروود والحيوانات الأخرى وكانت هذه القروود تقوم بين الحين والحين بشئ غارات للنهب على حائق ومحاصيل القرويين وقد صحب القردة فى حملاتها توابعها من بعوض الأيذى ايجبتانى وقد استطاعت توابع القردة أن تدخل بيوت القرويين وتلدغ سكانها وبذلك نقلت اليهم عدوى الفيروس وقد انسحبت القروود والبعوض وتركت للبعوض الحلى أن يستأنف العمل الذى بدأته فلو وصل أى تلك الأماكن زائر جديد لم تسبق إصابته بالحمى الصفراء لكنت هناك وافرة من الفيروس تتحفر لبدء وباء جديد.

#### ٤ - انتشار الأمراض الطفيلية :

أن دورة الحوادث التى تقع فى بعض الأمراض الطفيلية اعتقد من تلك التى توجد فى أمراض الفيروسات ويوضح هذا احسن توضيح مرض البلهارسيا وهو مرض تنقلة دودة مفرطحة تعيش فى انهار افريقيا والعلامة الرئيسية لهذا المرض الأفريقى الواسع الانتشار هى التهاب مؤلم مستمر فى المثانة يصحبه نزول الدم فى البول ويسبب هذه الأعراض البغيضة وجود عدد كبير من البيض الشائك لدودة البهارسيا البالغة فى البول وفى مرحلة سابقة يستقر ذكر الدودة وأنثاها فى الوريد البابى للمريض ثم يشقان طريقهما إلى فروع الأصغر ثم يصلان فى النهاية إلى الأوردة الصغرى فى جداران المثانة والأمعاء وهناك تبيض أنثى دودة البلهارسيا عدد كبير من البيض الذى يخترق الغشاء المخاطى للمثانة والأمعاء ويفرغ فى البول أو البراز.

(١) المرجع السابق ٥٩ - ٦١.



فإذا تصادف أن افرغ المريض حامل البيض فى الماء أو الطين فإن الاجنة داخل البيض تكسر القشرة وتسبح حرة فى الماء بواسطة أهدابها حتى تصل إلى قوقع من قواقع المياة العذبة حيث تتطور إلى اجسام صغيرة مستديرة تسمى بالأكياس المتحوصة وتحتوى هذه الأكياس على عدد كبير من الديدان الصغيرة التى تشق طريقها خارج القوقع ثم تسبح فى الماء فإذا أوقع سوء الحظ إنساناً يشرب من الماء أو يستخدم فيه فإن الديدان تخترق الجلد حتى تصل إلى الوريد البابى وهناك تبدأ الدورة كلها من جديد<sup>(١)</sup>.

### مصادر وطرق انتقال العدوى :

#### ١ - مصادر بشرية:

أ - المريض فى فترة الحصانة أو خلال هذه العملية أو مرحلة التحصين والنقاهاة من العدوى.

ب - الحاملين الأصحاء هم الأفراد فى حالة صحية جيدة أى الذين يتسترون على الميكروبات مثل *Srtem - Pyogenes Stenk Pyogenes* كالفطريات أن الحاملين فى فترة النقاهاة عن الأفراد الذين يعملون على تسكين العضو السببى فى بعض الأحيان لسنوات عديدة أو بعد الشفاء الاكلينيكى من المرض مثل الانبوبيات التيفودية شفى منها بعد ٢٥ سنة من هموم حى التيفود وبالتالى تصبح حاملات مشهورة حيث كانت مسئولة عن العديد من الأمراض الوبائية لأكثر من دورة سنوية.

#### ٢ - التجمعات الحيوانية:

تؤثر أمراض الحيوانات بالتأكيد على الإنسان وقد يتم التحكم فيها أو استبعادها بواسطة الإجراءات التى تمنع عدوى الإنسان من هذه الحيوانات مثل تدرن الرئة البقرى وبعض هذه الأمراض توصف على أنه فيها يدخل الميكروبات إلى الجسم من خلال وسائل وطرق حيوانية متعددة.

#### ٣ - التربة :

الأعضاء المسببة للتانوس وعغرينا الغاز وتوجد بطبيعتها فى التربة الزراعية.

(١) المرجع السابق، ص ٦٢-٦٦.

د - طرق انتقال العدوى (الكيفية التي ينتقل بها المرض):

١ - الهواء المحمل:

أ - الرزاز: أى أثناء الحديث تطرد الميكروبات الموجودة فى الأنف أو فى البلعوم أو فى الفم فى صورة قطرات ودقائق صغيرة من الرطوبة ثم تقذف على بعد عدة أقدام فالنفايات العنيفة التى تصاحبها جزئيات عديدة بالإضافة إلى الكحة تعمل على نشر هذه الميكروبات من الشجرة المتشعبة ولذلك فإن المهم أن نتعلم الأمور العامة وليس الأمور الفرعية كعدم البصق أو أن تغطى الفم والأنف بمنديل نظيف أثناء الكحة أو العطس فيجب على الأطباء والمرضات أن يرتدودا أقنعة مناسبة أثناء إجراء العمليات الجراحية وأثناء التغير والكشف على الجروح وملازمة الأطفال الصغار فى المستشفى.

ب - الغبار (التراب): عندما تجف الدقائق والجزئيات المعدية فى طبقة البروتينات الواقعة تمكن هذه الميكروبات من البقاء لفترة محدودة وهذه الدقائق مثل التى تأتى من الملابس والمناديل وملابس النوم والسجاجيد وطوابق المنشآت القذرة والملوثة كلها قد تستنشق أو تلوث الجروح وهذه الطريقة للانتشار لها أهمية كبرى خاصة فى العدوى التى تحدث فى المستشفيات<sup>(١)</sup>.

وطريقة انتشار العدوى هذه تكون بتحميل الهواء بالأمراض ومروره داخل الجهاز التنفسى وكذلك قد يحدث هذا بالنسبة للأمراض المعدية الخاصة بفترة الطفولة ويمكن القضاء على مخاطر العدوى من خلال إخضاعها لعدة شروط يجب توافرها مثل الهواء المنعش الكافى وضوء الشمس والتهوية الجيدة فى جميع المباني وفى المستشفيات والبنائات يجب أن تكون هناك مسافة مناسبة بين الأسرة ويجب إزالة الغبار أما عن طريق المنظفات الفارغة أو المسح الرطب وكذلك يجب أن تصنع الملابس الخاصة بالنوم من مادة يسهل عليها.

٢ - الملابس:

لتلوث الطعام والشراب فى هذا الشأن أهمية كبرى فبعض أنواع التلوث يمكن أن تحدث عن طريق الأيدي المستخدمة للعمال الموظفين فى عمليات إعداد وتجهيز وتوزيع الطعام واللبن.

(1) Sir Stanley Davidson And Others, Op. PP. 1, 2.

## خامساً - وسائل الوقاية والعلاج من الأمراض :

يمكن تحقيق الصحة للفرد والمجتمع بإجراءات صحيحة، جرى المفهوم على الحديث على تسميتها بالإجراءات الوقائية معنى أنها تعمل على الوقاية من المرض أو مضاعفاتة الصحية أو مضاعفاتة الإنتاجية ويمكن تقسيم هذه الإجراءات أو الخدمات إلى أربعة مستويات وقائية وهذه الإجراءات هي:

أ - إجراءات ترقية الصحة وتوقيتها (الوقاية العامة): وهى إجراءات وقائية غير مباشرة تهدف إلى المباشرة بين العوامل المسببات المباشرة للمرض وبين الإنسان العائل فى ظل بيئة صحية سليمة، ومن تلك الإجراءات خدمات التغذية، التربية الصحيحة والجسدية خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتحقيق الظروف الملائمة للتكيف النفسى السليم<sup>(١)</sup>.

ب - إجراءات الوقاية النوعية: وهى الوقاية من مرض معين قبل أن يحدث وذلك بالحيلولة بين المسبب النوع والإنسانى العائل، فإذا اتخذت إجراءات للوقاية من هذه الأمراض النوعية قبل أن تحدث سميت هذه الإجراءات وقائية نوعية وقد توجه تلك الإجراءات نحو المسببات النوعية مثل غلى اللبن، تصريف الفضلات ودفن المواد المشعة وقد توجه نحو الإنسان العائل مثل التطعيم<sup>(٢)</sup>.

ج - الاكتشاف المبكر والعلاج الفورى للحالات المرضية: وهى الإجراءات التى تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية مبكراً فى وقت غالباً ما يكون غير معروف للمصابين بها أو لمن حولهم، وفى هذه الحالة يساعد العلاج على الوقاية من المضاعفات فى المريض أو انتشار المرض إذا كان معدياً.

د - علاج المرضى: وتشمل الإجراءات العلاجية للحالات المرضية الظاهرية التى تقدمت بنفسها إلى الوحدات العلاجية ويهدف العلاج إلى الحد من المضاعفات أو العجز المرضى واستكمال الشفاء، وبهذا المفهوم تعتبر هذه الإجراءات وقائية لوقاية المريض من المضاعفات ومن العجز وكذلك وقاية المجتمع من انتشار المرض بين أفراد<sup>(٣)</sup>.

(١) إبراهيم المليج: الرعاية والباهلية، مرجع سابق، ص ١٠٠.

(٢) مرجع سابق، ص ١٥٧.

(٣) مرجع سابق، ص ١٥٨.

## الفصل الرابع المهنة والمرض

### مقدمة

#### أولاً - الأمراض المهنية:

- أ - التعريف بالأمراض المهنية.
- ب - لمحة تاريخية عن الأمراض المهنية ومراحل اهتمام علماء الاجتماع بها.
- ج - الصحة المهنية أهدافها وأهميتها.
- د - أسباب الإصابة بالأمراض المهنية.

#### ثانياً - ارتباط الصناعة بالأمراض المهنية:

- أ - المذيبات العضوية فى الصناعة.
- ب - الأشعاع.
- ج - أمراض الغبار غير العضوى.
- د - أمراض الغبار العضوى.
- هـ - الأمراض الجلدية المهنية.
- و - تأثير الأضواء على العاملين.
- ز - الصمم المهنى.
- ح - الصناعات التى يتعرض فيها العمال لأخطار التسمم بالرصاص.
- ط - أهم أمراض صناعة الزجاج.
- ك - أخطار العمل بالمجارى.
- ل - أمراض المهنة الناتجة عن العدوى.

#### ثالثاً - طرق الوقاية من الأمراض المهنية.



## مقدمة :

لا شك أن العمال جزء من هذا المجتمع ولذا فقد أنشئ حديثاً في كليات الطب قسم للعناية بصحة العمال ويسمى «الصحة المهنية» وهو جزء من طب المجتمع ويختص برعاية جموع العاملين في المهن المختلفة صحياً ونفسياً واجتماعياً... فلقد كان للنهضة الصناعية التي جاءت بألوان شتى من الصناعات المختلفة وأثرها الكبير في تقدم علم الصحة المهنية وذلك بعد أن وجدت البيئة المهنية سواء في الصناعة أو الزراعة أو في المهن المختلفة أنواع شتى من المخاطر التي يتعرض لها في مكان عمله مما يؤدي لمواجهة الطب لأول مرة بأنواع مختلفة من الأمراض والأعراض لم تكن معروفة من قبل وخاصة في مجال الصناعة الكيماوية كالتعرض للأبخرة والغازات التي تحدث نتيجة للتفاعلات المختلفة أثناء العملية الصناعية مما يؤدي إلى تعرض الإنسان إلى هذه المواد المختلفة بنسب أعلى من الحد المسموح به ونتج بالتالي عن ذلك مشاكل صحية وأمراض جديدة أصبحت تتداول في القاموس الطبي الحديث.

ولذا فإن موضوع المهنة والمرض من الموضوعات التي أثارت اهتمام علماء الاجتماع الطبي وحاولوا تناوله بالوصف والتحليل والوقوف على أهم الأمراض المهنية ومراحل اهتمام علماء الاجتماع بهذا النوع من الأمراض ومعرفة أسباب الإصابة بها ودور كل من العمال وأصحاب العمل والتشريعات والقوانين للحد من انتشار مثل هذه الأمراض بين العمال.

## أولاً - الأمراض المهنية:

### أ - التعريف بالأمراض المهنية:

يختلف تعريف المرض المهني من بلد لآخر، ورغم أنه ليس هناك تعريف موحد اصطلاح عليه العلماء غير أنه من الممكن تعريفها علمياً بأنها «الأمراض التي تنتج عن مزاولة مهنة معينة مدة من الزمن قد تطول وقد تقصر وتظهر هذه الأمراض في صورة أعراض خاصة تلازم طبيعة ذلك العمل». أي أن وجود هذه الأعراض يكون نتيجة علاقة سببية بينها وبين طبيعة العمل الذي يمارسه العامل في

المصنع أو المتجر أو المكتب وهذه الأعراض تختلف عن الأمراض العادية فهي لا تصيب إلا المعرض لها فعلاً فهي نتيجة تأثير متدرج ومتصل يقع على العامل فى جسمه كله أو فى عضو منه<sup>(١)</sup>.

## ب - لمحة تاريخية عن الأمراض المهنية ومراحل اهتمام علماء الاجتماع بها:

بالرغم من اهتمام التشريعات الحديثة منذ أن بزغ فجر القرن التاسع عشر حتى يومنا هذا بالأمراض المهنية إلا أن البحث فيها نشأ منذ قيام 'نسان بالعمل وهذا فى عصور ما قبل التاريخ فلقد ثبت أن قدماء المصريين قد وصفوا شيئاً عن المرض الذى يصيب العمال الذين كانوا يقومون بسن السكاكين. وقديماً أيضاً ذكرت المراجع أن أبو قرط (٤٦٠ - ٣٧٠) ق.م وصف الأعراض المرضية التى كانت تنتاب عمال استخدام المعادن وعمال الصباغة والذين يعملون باسطبلات الخيول وما لوحظ عندهم من قروح واكزيما وغيرها: ولقد ذكر جالينوس (١٣١ - ٢٠١) ق.م أنه قام بزيارة منجم النحاس بجزيرة قبرص وكاد يفقد حياته من شدة أبخرة النحاس وأدخته المتطايرة، كما نوه فى تقريره بتعرض الطلاب لأخطار أدخنة الشموع الدهنية أثناء استذكارهم على ضوءها ليلاً... ثم جاء بعد جالينوس علماء كثيرون زودوا حصيلة المعرفة بالأمراض المهنية وعلى رأسهم أطباء القرون الوسطى من أمثال جورج امبريكولا<sup>(٢)</sup>. ومنذ أن جاءت الثورة الصناعية فى القرن التاسع عشر ومراحل الاهتمام بأمراض المهنة فى تزايد مستمر واتجهت الدول الصناعية الكبرى نحو العدالة تجاه القوى العاملة ومن ثم نشأت الضرورة الاجتماعية لإدخال عنصر التشريع الوقائى للعلاج من الأمراض المهنية... كما كان للتقدم العلمى والتطور فى استخدام نتائج علم الكيمياء والذرة فى علاج بعض الأمراض أثره فى نشأة النظم العلمية والتحليلية والمعملية بالنسبة للإصابة بالأمراض المهنية ولهذا اتجهت أنظار كثير من الأطباء المعنيين بهذا النوع من الأمراض إلى اتخاذ البيانات الصناعية ميداناً تجريبياً ومعملية بالنسبة لدراستهم التحليلية لأمراض المهنة.

(١) حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الاجتماعى والأمراض المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٦٦، ص ٥٤

(٢) مرجع سابق، ص ٥٥.



وقد مر اهتمام العلماء بالأمراض المهنية بمرحلتين

- مرحلة أولى - يرجع تاريخها إلى بداية الملاحظات والتسجيلات الأولية التي لفتت نظر الحكماء والمفكرين الذين كانوا يجمعون بين الحكمة والفلسفة إلى العناية بأحوال العمال وما يتعرضون له من أخطار المهنة ومن هؤلاء الحكماء أبوقيرط وجالينوس الذى سبق الإشارة إليهما

- أما المرحلة الثانية: فقد بدأت مع انتشار التجمعات العمالية على شكل طوائف مهنية تقوم بالرعاية الصحية لأفرادها وخاصة بعد أن انتشرت الصناعات اليدوية والأسواق التبادلية على مستوى الدول وعلى مستوى السوق العالمية، وكان أهم ما يميز هذه المرحلة وجود قواعد للصحة الوقائية وزيادة الوعى القومى بشعور الدولة بمسئولياتها تجاه القوى العاملة وادخال عنصر التشريع الوقائى والأمن الصناعى كتأثير ماضى للاهتمام بأمراض المهنة واتخاذ موقف معين إزاء الوقاية منها وعلاجها وتعويض من يصاب بها أثناء أدائه لعمله<sup>(١)</sup>.

### ج - الصحة المهنية أهدافها وأهميتها :

الصحة المهنية هى أحد فروع الصحة العامة ومن برامجها الشاملة المتخصصة، وتختص بصحة العاملين فى المهن المختلفة سواء فى الزراعة أو الصناعة أو التجارة، وقد وردت تسميات كثيرة لهذا المجال من الصحة العامة منها طب الصناعات والصحة الصناعية والطب المهني والصحة العمالية ولكن تسمية هذا المجال بالصحة المهنية يعتبر أكثرها شمولاً لأنها تهدف إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والاجتماعية للعاملين فى المهن المختلفة ويتم تحقيق هذا الهدف عن طريق التأكد من ملائمة العمل لصحة العامل بدنياً ونفسياً وعقلياً وعن طريق الحفاظ على العامل وعلى صحته من كالعوامل الطبيعية والكيميائية والبيولوجية فى بيئة العمل وأيضاً إصابات العمل وأخيراً عن طريق الاكتشاف المبكر والعلاج الفورى للعلل والأمراض التى تصيب العامل أثناء قيامه بالعمل ويؤدى تحقيق هذه الأهداف إلى فوائد للعامل أهمها أنها تحفظ له صحته وحياته وقدرته على الكسب

(١) مرجع سابق، ص ص ٥٦ - ٥٩.

والإنتاج وكذلك فوائد لصاحب العمل أهمها أنها تقلل من الغياب والانقطاع عن العمل ونفقات الإنتاج والمحافظة على العمال المهرة<sup>(١)</sup>.

وتكتسب برامج الصحة المهنية أهمية خاصة في الدول النامية لعدة أسباب منها:

- ١ - تعتمد التنمية الاجتماعية على برامج التصنيع وارتفاع مستوى الإنتاج.
- ٢ - تنتشر في البلاد النامية الكثير من الأمراض المهنية التي تحد من إنتاج العمال.
- ٣ - تجذب برامج التصنيع الكثير من العمال من البيئة الريفية وهذا العامل الريفى يحتاج إلى تأقلم بدنى ونفسى جديد وقد يصاحبه ازدياد فى قابلية العامل لإصابات العمل وأمراض المهنة مما يزيد الحاجة إلى اتخاذ اجراءات الصحة المهنية التي تستهدف الإقلال من هذه الأخطار<sup>(٢)</sup>.

#### د - أسباب الإصابة بالأمراض المهنية :

- إذا حاولنا معرفة أسباب الإصابة بأمراض المهنة يجب التعرف أولاً على ظروف العمل الصناعى والتي تنقسم إلى شقين هما:
- ١ - الظروف الفيزيكية فى الصناعة.
  - ٢ - العوامل النفسية والاجتماعية فى الصناعة.

#### أولاً - الظروف الفيزيكية فى الصناعة:

تتوقف إنتاجية العامل على عدة عوامل داخلية وخارجية، فمن العوامل الداخلية قدرات الفرد واستعداداته وسماته الشخصية وقوة دوافعه وخبرته التدريبية، ومن العوامل الخارجية تلك الظروف الفيزيكية والاجتماعية التي تحيط به فى مجال عمله ومن الظروف الفيزيكية:

#### أ - الإضاءة:

أكبر الظن أن الإضاءة فى مكان العمل أهم عامل فيزيقى فى بيئة العمل فقد دلت بعض الدراسات التي تناولت العمل الصناعى أثر الإضاءة على العامل وعلى إنتاجه فالإضاءة الجيدة غالباً ما تعمل على رفع مستوى إنتاج العمل

(١) مرجع سابق، ص ٥٩.

(٢) على عبد الرزاق جليلى، علم الاجتماع الصناعى، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩١.

وبمجهود أقل هذا إلى جانب ما تشيره الإضاءة السيئة في نفوس الكثيرين من شعور بالانقباض وما تؤدي إليه من إرهاق بصرى وزيادة التعب وزيادة الخسارة في الإنتاج ... ويجب أن تختلف الإضاءة في المصنع باختلاف نوع العمل فكلما كان العمل دقيق كلما احتاج إلى كمية ضوء أكبر، كما أن الضوء الموزع توزيعاً غير متساوياً من أشيع عيوب الإضاءة وأكثرها اجتهاداً إذ أن تكيف العين للضوء لا يأتي فقط من الضوء الذي تستقبله من مكان العمل وحده فأغلب الناس يرفعون أبصارهم أثناء العمل ولعلاج هذه الحالة يمكن وضع مصباح في جانب آخر من الحجرة يخفض من تباين الإضاءة<sup>(١)</sup>.

## ب - الحرارة والتهوية:

لم تبين البحوث حتى الآن درجات الحرارة المناسبة للعمل لكل الأعمال المختلفة ويرجع هذا إلى أن حرارة الجو إذا تغيرت تغير معها عوامل أخرى مثل درجات الرطوبة في الجو وكمية الحرارة الإشعاعية غير أن البحوث قد بينت فعلاً أن هناك علاقة بين درجة الحرارة وبين قدرة العامل على الإنتاج وبين شعوره بالضيق وسهولة الإثارة والعصبية مما يؤدي إلى زيادة الأخطار والحوادث كما تؤدي إلى تعرض العامل لالتهابات الجلد والتهاب العين والجفون والإصابة بضربات الشمس<sup>(٢)</sup>.

ومن أروع التجارب التي أجريت للدلالة على أثر التهوية تلك التي حدثت في مدينة كلكتا إذ عزلت ١٧٦ جندياً بريطانياً في حجرة صغيرة جداً حيث كان الهواء فيها لا يكاد يتحرك فلما أصبح الصباح لم يبق على قيد الحياة من الجنود إلا نفر قليل ... فالعامل الذي يعمل في غرفة ساءت تهويتها لا يلبث أن يشعر بالضيق والنعاس والخمول والتعب والضجر وما يترتب عليه من ارتفاع في درجة الحرارة والرطوبة إلى حد قد ينقص من القدرة على بذل الجهود الجسمي لكنه لا يؤثر في الإنتاج العقلي تأثيراً ملحوظاً خاصة إذا كان الدافع إلى العمل قوياً أو مستمر على الأقل<sup>(٣)</sup>.

(١) أحمد عزت راجح، علم النفس الصناعي، مؤسسة المطبوعات الحديثة، ١٩٦١، ص ١٦٢.

(٢) بياتريس جيراوي، الصحة المهنية والأمن الصناعي، دار المعارف، ١٩٧١، ص ١٧.

(٣) عمر راجح، مرجع سابق، ص ١٩٦ - ٢٠٣.

## ج - الإشعاع:

ينشأ عن بعض المواد المشعة أو عن أجهزة الأشعة خروج أشعة مختلفة الأنواع منها ما ينتهى عند سطح الجسم أو الملابس ومنها ما ينفذ من خلالها ويتسرب إلى داخل الجسم لمسافات قصيرة أو طويلة مما يؤثر على الجسم فيتغير لونه وقد يسبب سرطاناً جلدياً كما يصيب نخاع العظم فيضطرب جهاز تكوين الدم ويختل توازن الكرات الحمراء والبيضاء وغير ذلك من الأضرار التى يسببها الإشعاع<sup>(١)</sup>.

وبرغم تأكيدنا على أهمية الظروف الفيزيكية ودورها فى عدم إصابة العمال بأمراض المهنة من ناحية وزيادة إنتاجه من ناحية أخرى غير أنه لا يجب أن ننسى أن العمال كثيراً ما ينتجون ويتحمسون لعملهم ويشعرون بالسعادة والرضا حتى فى أسوأ الظروف الفيزيكية وأبعدها عن الملائمة. وجملة القول: أن الظروف الفيزيكية لا تفعل فعلها إلا عن طريق ما تحدثه من أثر نفسى فى العمال ومن أجل هذا تتجه البحوث الحديثة فى علم النفس الصناعى وعلم الاجتماع الصناعى إلى الاهتمام بدوافع العمال وإتجاهاتهم النفسية لمعرفة ما يحبون وما هى مشاعرهم نحو عملهم هذا مع الاعتراف بالأهمية الكبرى للظروف الفيزيكية الجيدة.

## ثانياً - الظروف النفسية والاجتماعية فى الصناعة:

يقصد «لينين» بالعوامل النفسية الاجتماعية عوامل وعى الجماهير والتقاليد والاتجاهات والإدراك وهى عوامل تلعب دوراً هاماً فى تنظيم وتوجيه حياة البلاد وتمارس تأثيراً ضخماً على تنمية الإنتاج الاجتماعى ... والواقع أن بعض هذه العوامل يساعد على تنظيم العملية الإنتاجية ويعمل البعض الآخر على تفكيكها ولذا كان دور مهام الإدارة الاجتماعية تشجيع وتنمية العوامل النفسية والاجتماعية التى تعمل على تنظيم الإنتاج ... فالخوف والشعور بالإضطهاد واليأس كلها أسباب عامة وعوامل تدفع إلى عدم الاطمئنان والاستقرار كما تدفع إلى اليأس والقنوط فيقف العامل أمام عمله وهو محطم النفس ... والقلق النفسى أخطر شأنًا لأنه يتكون ببطء شديد نتيجة لعوامل لا سيطرة للفرد عليها فى الغالب ولها صلة الاستمرار وذات صلة وثيقة بالحياة اليومية للعامل بما فيها من مشكلات

(١) حسين عبد الواحد الشاعر، مرجع سابق، ص ٧٩ - ٨٠.

ومطالب وآمال وإزالة القلق يجب مراعاة ما يلي:

- اختيار العامل المناسب للعمل.
- وضع العامل مع مجموعة محبوبة من العمال زملاء.
- منح العامل أجازات أيام المحن.
- إيجاد لجان مصالحة بين العمال.
- الرعاية الصحية والاجتماعية للعمال.
- التأمين الصحي وتأمين إصابات العمل<sup>(١)</sup>.

## ثانياً - ارتباط الصناعة بالأمراض المهنية:

الصناعة هي حرفة قديمة جداً لكنها ظلت في معظم عصور التاريخ قليلة الأهمية وعلى نطاق متواضع وقد بدأت في القرى حينما شعر الأفراد بأنهم في حاجة إلى بعض الصناعات الأولية في الغزل والنسيج وأدوات الزراعة والصيد والأحذية فكانوا يقومون بما يحتاجون إليه في منازلهم معتمدين على أدوات بدائية ترفعها قوة الإنسان أو قوة الحيوان والهدف الأساسي في الصناعة العائلية هو تحقيق مبدأ الكفاية الذاتية وبمرور الوقت ظهرت عائلات تخصصت في التجارة والحداثة وصناعة الأحذية ... ولقد ارتبط منذ ظهور هذه الصناعات العديد من الأمراض المهنية المرتبطة بها وقد حددت أغلبية الدول مجموعة الأمراض المهنية بحكم القانون في جدول خاص يلحق بالقانون ويذكر الجدول أسم المرض المهني كما يذكر الصناعات والأعمال التي يتسبب عنها هذا المرض وهذه الطريقة متبعة في مصر أيضاً<sup>(٢)</sup>.

### أ - المذيبات العضوية في الصناعة :

لما كانت المذيبات العضوية لها خاصية إذابة كثير من المواد العضوية ومن بينها المواد الدهنية وهي إحدى مكونات بعض الأنسجة الحية بجسم الإنسان وأهمها الجهاز العصبي لذلك فمن المتبع أن يكون لها تأثير ضار على المعرضين لها فيؤثر البنزول مثلاً على أجهزة تكوين الدم وتؤثر مركبات المواد الكربوهيدراتية

(١) بياتريس جيراوى، مرجع سابق، ص ١٥.

(٢) فاطمة لطفى، الأمراض الجلدية المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، ١٩٦٦،

على الكبد وتؤثر بعض مشتقات الجليكول على الكلى ... والمعروف أنه كلما زادت سرعة تبخر وتطاير المذيبات كلما زاد تأثيرها على الجهاز التنفسى عند دخولها من الجسم ... أما إذا قلت درجة التطاير فالتأثير على الجهاز التنفسى يقل بينما يزداد التأثير على الكلى ... وبرغم محاولة الجسم باستمرار التخلص من هذه المواد الغريبة إلا أنه فى بعض الأحيان تكون درجة امتصاص المادة المعرض لها أكثر من الكمية التى يمكن التخلص منها وتكون النتيجة زيادة الكمية المتراكمة التى تؤثر على الجسم<sup>(١)</sup>. فبدأ الإنسان بفقد وعيه إذا تعرض فجأة لكميات كبيرة من أبخرة المذيبات نتيجة حدوث شلل مؤقت فى مراكز المخ والتى تسيطر على الوعى والحركة فيشعر المصاب بدوخة ثم يفقد توازنه ويسقط مغشياً عليه فإذا لم يبعد فوراً يموت مخنقاً ... وهناك بعض المذيبات خصوصاً المشتقات الأزوتية للبترول تتحد وتجعل كرات الدم الحمراء هشة تنكسر وتنشأ حالة انيميا نزيفية ... كما أن هناك بعض المذيبات المستخدمة فى الصناعة تحدث التهابات بالجلد إذا استمر التعرض لتأثيرها مدة طويلة<sup>(٢)</sup>.

#### ب - الإشعاع:

تختلف مصادر الإشعاع فقد يكون صناعياً كما فى أشعة اكس أو طبيعياً كما فى الإشعاعات الصادرة من الرادىوم أو قد تكون منبثقة نويات المواد المشعة وتختلف درجة نفاذ الإشعاع وقوة اختراقها للأجسام باختلاف أنواعها ومن أهم مخاطر هذا الإشعاع هو أنها تؤثر أولاً على الجهاز التناسلى فتؤدى إلى عقم الرجال واجهاض النساء أو تشويه الجنين كما تؤثر أيضاً على الجهاز التنفسى فتؤدى إلى التهاب الرئوية المتكررة وتليف الرئة وظهور أورام سرطانية بها<sup>(٣)</sup>.

#### ج - أمراض الغبار غير العضوى:

يعتبر مرض السيليكوزس (تحجر الرئة) أشد الأمراض المهنية خطورة وينتج عن استنشاق نوع من الغبار يسمى سيليكاً أو ثنائى أكسيد السيليكون ومن

(١) فاطمة لطفى، المذيبات العضوية فى الصناعة، الدار القومية للطباعة والنشر، ١٩٦٦،

ص ١٣.

(٢) مرجع سابق، ص ١٥.

(٣) مرجع سابق، ص ١٥.

العوامل التي تساعد على ظهور هذا المرض نوع الأتربة، وحجم جسيمات الأتربة أو سرعة التنفس وعمقه وساعات العمل حيث أنه كلما زادت ساعات العمل كلما زادت كمية الغبار الداخلة للرئة ويتعرض العاملون لاستنشاق الأتربة لمدة ٨ ساعات لهذا المرض ... كما يؤثر هذا المرض أيضاً على كفاءة جهاز المقاومة في الإنسان فيسبب ضعف مقاومة الجسم العامة أو المقاومة المحلية في الجهاز التنفسي.

وهناك العديد من الصناعات التي يتعرض لها العامل لأخطار الأتربة والسيليكا ومن أهم هذه الصناعات:

صناعة الأحجار الرملية وقد يصاب بالمرض عمال الأحجار بالمناجم وعمال ثقب الصخور بآلات الهواء المضغوط وعمال تكسير الحجارة وعمال مسح الغبار<sup>(١)</sup>. وصناعة الجرانيت: حيث يتعرض العمال في تلك الصناعة إلى مرض السيليكوزس وبخاصة عمال قطع الأحجار وتشكيلها في المحاجر ... أيضاً صناعة الفخار والخزف الصيني حيث أن هذه الصناعة تتضمن تحضير الخامات لإعداد جسم مصنوع وتعتبر هذه الصناعة من أخطر الصناعات التي يتعرض لها العمال لمرض السيليكوزس (تحجر الرئة) عندما يستنشق العامل جزيئات السيليكا والتي يصعب عليها التخلص منها<sup>(٢)</sup>.

#### د - أمراض الغبار العضوي:

ومن أهم هذه الأمراض مرض البسيثوزس ويسبب هذا المرض غبار القطن ويظهر هذا النوع بين العمال المشتغلين في العمليات المختلفة لتصنيع القطن والكتان فيتعرض العمال الذين يقومون بالعمل لاستنشاق الأتربة وزغب القطن المتطاير.

#### هـ - الأمراض الجلدية المهنية:

يختلف الناس من حيث مدى قابليتهم للإصابة بالأمراض المهنية وذلك بحسب أجناسهم وألوان بشرتهم وبحسب النوع والسن والعرق والحساسية

(١) محمد سعيد عبد العال، تليف الرئة وتحجرها وأخطار الأتربة المعدنية والنباتية على عمال الصناعة، دار المعارف، ص ٣٦.

(٢) مرجع سابق، ص ٢٧٣.



وغيرها وفيما يلى أهم هذه العوامل التى تؤثر فى قابلية الشخص للإصابة بالأمراض الجلدية المهنية منها «عامل الجنس» فمن الملاحظ أن الأجناس الملونة أقل عرضة للتأثر بالمواد الملتهبة للجلد من الجنس الأبيض حيث توجد الطبقة الملونة للجلد كتأقلم طبيعى للظروف المحيطة للوقاية من أضرار الحرارة واشعاع الشمس التى يتعرض لها الملونين فى بيئاتهم الطبيعية، وقد ثبتت زيادة مقاومة الجلد عموماً للمواد الكيماوية الملتهبة وغيرها من المؤثرات التى تؤثر على الجلد فى الأجناس الملونة مما دعى معظم أصحاب الأعمال لتفضيل استخدام العمال الملونين فى الصناعات التى تستلزم استخدام أو تداول المواد الملتهبة أو فى الأعمال التى تتم فى العراء ... ومن العوامل أيضاً التى تؤثر فى قابلية الشخص للإصابة بالأمراض الجلدية المهنية «نوع الجلد» وسمكة حيث أن العمال ذوو البشرة الرقيقة وخاصة البيضاء أشد تأثراً بالمواد المهيجة من زملائهم ذوو البشرة السمكية وأيضاً لكمية الشعر فكلما زادت كمية الشعر وخاصة إذا كانت مصحوبة بزيادة عدد الغدد العرقية كلما كان الجلد أكثر عرضة للتأثر بالزيوت والشحوم<sup>(١)</sup>.

وأخيراً نستطيع حصر أسباب الإصابة بالأمراض المهنية الجلدية ومن هذه الأسباب:

- أ - الأسباب الميكانيكية التى تسبب إقترعاً أو سحجات فتعرض الجلد للمخاطر.
- ب - الأسباب الطبيعية: مثل الحرارة فارتفاع الحرارة وزيادة افراز العرق وطراوة الطبقة الجلدية إنما يؤدى هذا إلى التهاب بالجلد وطفح ويكثر هذا بين العمال العاملين أمام الأفران وأيضاً الذين يعملون فى السوائل الساخنة حيث أن الحرارة تسبب طراوة الجسم واتساع فتحاته فىكون أسهل تأثراً بالمواد القلوية التى لا تحدث أى أثر فى الجلد الطبيعى ... أيضاً أشعة الشمس والذى يؤدى التعرض لها لتغيير لون البشرة ويحدث ذلك فى الأعمال التى تجرى فى الهواء الطلق مثل الصحراء والتقيب عن البترول وبين الفلاحين والكهرباء التى تنتج عنها الحروق عند أماكن ملامسة الأسلاك العارية<sup>(٢)</sup>.

(١) مرجع سابق، ص ٣٠.

(٢) مرجع سابق، ص ٨ - ١٤.

## و - تأثير الضوضاء على العاملين

تعتمد تأثيرات الضوضاء على عدد من العوامل التي تضعف أو تقلل من شدة الضوضاء كالمسافة التي تفصل العامل عن مصدر الضوء - مساحة المكان، تركيب أو مكونات الضوضاء، مدة التعرض للضوضاء، سن العامل وحالته الصحية.

وتنقسم تأثيرات الضوضاء لقسمين رئيسيين: التأثيرات الغير سمعية وهي التي فيها ضعف السمع وتلاحظ في الأماكن التي تنتشر فيها الضوضاء حيث لا يستطيع المخاطب سماع الأصوات، والتأثيرات النفسية: مثل الشعور بالضيق والعصبية وسهولة الإثارة وتأثيرات عصبية فسيولوجية وهي التي تؤثر على إنتاج المشغلين ويتسبب عنها زيادة نسبة الأخطار في أداء العمل من الأعمال وزيادة نسبة الحوادث<sup>(١)</sup>.

## ز - الصمم المهني:

ينشأ من التعرض للمخاطر المهنية المختلفة ولا يقتصر حدوث الصمم على التعرض للضوضاء وإن كان هو السبب في الغالبية العظمى بل هناك أسباب أخرى مثل إصابات الرأس وكسور قاع الجمجمة ما قد يتسبب في إصابة العصب السمعي وأجهزة التوصيل في الأذن الوسطى والتعرض لاختلافات الضغط للعمال المشغلين بالطيران حيث يؤدي اختلاف الضغط لانفجار طبلة الأذن الخارجية واضطراب عمل أجهزة توصيل الأصوات<sup>(٢)</sup>.

## ح - بعض الصناعات التي يتعرض فيها العمال لأخطار التسمم بالرصاص:

يصف الطب التسمم بالرصاص باسم ساتورنيزم أو التهاب المخ الناتج عن التسمم بالرصاص وقد وصف أبو قراط ذلك المعدن بأنه من أشد المعادن خطورة في الصناعات لما يحدث عنه من تسمم وأضرار وتعد الصناعات التي تستعمل اليوم من الرصاص أو مركباته نحو ١٥٠ صناعة مختلفة ومن خصائص الرصاص التي تجعله كثير الاستعمال سهولة قطعة وتشكيله حسب الإرادة وضعف تأثيره

(١) مصطفى عبد القادر، الضوضاء في الصناعة، الدار القومية للطباعة والنشر، ١٩٦٦، ص ١٩ - ٢٧.

(٢) مرجع سابق، ص ٢٧.

بالماء العسر الذى يحتوى على الكربونات والكبريتات التى تكون طبقتى فوق الرصاص لتمنعه من التأثر بالماء وتحمى الرصاص من فعل الماء ولهذا السبب لا بد أن تختلط مياه الشرب بكمية من الطباشير أو حجر الجير قبل مرورها بأنايب الرصاص ... ومن أهم الصناعات التى يتعرض فيها العمال لأخطار التسمم بالرصاص صناعة كابلات التليفونات والكابلات الكهربائية، تحضير حامض الكبريتك، رقائق أوراق الرصاص<sup>(١)</sup>.

#### ط - أهم الأضرار التى تنتج عن صناعات الزجاج:

يتعرض العمال فى صناعة الزجاج إلى الأتربة الناتجة من المواد الأولية المستعملة فى الصناعة ومن أتربة الزجاج نفسه الناتجة عن عملية الصقل ... كما يتعرض العمال لجروح من الزجاج قبل صقل حوافه الحادة وللوقاية يجب أن يلبس العمال قفازات من الجلد السميك إذا كانوا يشتغلون فى نفس الزجاج قبل صقل حوافه كما يجب عدم سير العمال حفاة الأقدام فى عتابر العمل ... كما يتعرض العمال الذين يقفون أمام الأفران فى مصانع الزجاج إلى مرض الزهري وذلك حينما ينفخ العامل بفيه فى ماسورة استعملها مصاب بذلك المرض كما يتعرضون إلى فتق فى الحنـ وانتفاخ فى القناة اللعابية النكفية من جراء عملية النفخ .. كما تنشأ عن تداول ماسورة النفخ العديد من الأمراض التى تنتقل عن طريق رزاز الفم<sup>(٢)</sup>.

#### ك - أخطار العمل بالمجارى:

مخلفات المجارى عبارة عن مخلوط من السوائل والمواد الصلبة نتيجة الاستعمال المنزلى والصناعى ويتفاوت تركيبها من مجرى لآخر ومن ساعة لأخرى ... أن الغالبية العظمى تعتقد أن المخلفات تتكون من مياه المطابخ والحمامات وفضلات الإنسان لكن المختص بالمجارى وخصوصاً فى المدن الصناعية يعتبر أن الجزء الأكبر من مخلفات المجارى يأتى من الفضلات الصناعية والأعمال الهندسية تنتج عنها الزيوت والشحوم والزرنيخ وللمحافظة على التهوية أثناء العمل داخل المجارى يجب ترك المداخل مفتوحة فى المنطقة التى يجرى داخلها

(١) محمد سعيد عبد العال، مرجع سابق، ص ١٣٤.

(٢) سعيد عبد السلام حبيب، الصناعات والصحة العامة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٥١، ص ١٣٤.

العمل ويجب أن يتنبه العمال داخل المجارى إلى حدوث أى انفجار يحدث من تصادم عربات نقل البترول ويحمل العامل معه مصباح الأمان الذى ينطفىء لو حدث أن قلت نسبة الأكسجين لو كان ضئيلاً سيؤدى إلى اضطرب فى حركته وقد يقوده إلى خطر داهم لعدم قدرته على السيطرة على أطرافه وقد يتلوث جو المجارى بغاز كبريتيد الايدروجين وخاصة حين يكون تيار المخلفات بطيئاً نوعاً ما نتيجة لتحليل الرواسب<sup>(١)</sup>.

#### ل - أمراض المهنة الناتجة عن العدوى:

تحيط بالعامل عوامل كثيرة مثل الازدحام وسوء التهوية وسوء الإضاءة والمهن ذات الأوضاع الروتينية غير الصحيحة والارهاق والعمل لساعات طويلة كل هذه تساعد على انتشار التدرن.

كما يتعرض العامل للعديد من الأمراض النفسية حيث توجد مجموعة عوامل تؤثر فى العامل وتؤدى إلى خفض إنتاجيته ومن هذه العوامل: «العوامل النفسية» فالعمل مهما كان بسيطاً لا بد وأن يتضمن عنصراً نفسياً مما يدل على أثر العوامل النفسية فى إحداث التعب فالعمل الفعلى المتواصل يؤدى إلى تعب جسمى لأنه يقترن بنوع من التكيف الحسى الحركى وقدر من التوتر والانقباض العضلى كما يصاحبه توتر نفسى عضلى ... كذلك الإسراف فى النشاط الجسمى من شأنه أن يخفض الكفاءة العقلية ... وهذه العوامل تؤدى إلى العديد من الأمراض النفسية منها:

■ الإعياء الصناعى: وهو نوع من التعب له علامات موضوعية وأخرى ذاتية كأن يصاحب العامل باضطرابات تؤثر على سرعة عمله، بالإضافة إلى نقص فى اهتمامه بعمله.

■ الملل: وهو حالة نفسية تنشأ من القيام بعمل مضطر الفرد إلى الاستمرار فيه برغم عدم ميله إليه وبرغم أن بعض الكتاب يعتبرون الملل والشعور بالتعب شئ واحد إلا أن العمال يميزون بين الاثنين فيقولون هذا عمل ممل غير متعب أو متعب غير ممل.

(١) دونالد هنتر، الرعاية الصحية فى المصنع، ترجمه عبد الرحمن الحارونى، دار الكرنك، ١٩٧٠، ص ١٠٩ - ١١٢.

■ سوء التوافق المهنى: والتوافق المهنى يعنى حالة دائمة أو مؤقتة تبدو فى عجز الفرد أو اخفاقه عن حل مشكلاته اليومية، ومن مظاهر سوء التوافق أن يبدو الفرد فى صورة إنحراف خفيف أو سلوك غريب لا يكاد يوصف بالشذوذ أو مشكلة سلوكية<sup>(١)</sup>.

### ثالثاً - طرق الوقاية من الأمراض المهنية:

رعاية العامل من الناحية الطبية من أهم المسائل التى عنى بها المشرع، فقرر حق العامل فى العلاج على نفقة صاحب العمل مع التفرقة فى مقدار الحق بين صاحب العمل الكبير والصغير مراعيًا فى ذلك المقدرة المالية لصاحب العمل.

فهناك أحكام لقانون العمل بالنسبة للرعاية الطبية: فمن يستخدم عدد من العمال لا يزيد على المائة ملزم بتوفير وسائل الاسعاف الطبية للعاملين لديه، أما إذا كان عدد العمال يزيد على المائة التزم باستخدام ممرض بالإضافة لالتزامه بالكشف على الممرض وصرف الأدوية لهم فإن زاد العدد عن ٥٠٠ التزم بتوفير جميع وسائل العلاج ما فى ذلك الاخصائيين والأدوية والعمليات أما بالنسبة للأجازات المرضية يمنح العامل خلال سنة أجازة مرضية على نحو ٧٠٪ من الأجر خلال الثلاثة أشهر الأولى، ٨٠٪ من الأجر خلال الثلاثة شهور التالية وأجراً كاملاً خلال فترة مرضه بمرض مزمن طبقاً لما نص عليه القانون ٢٤ لعام ١٩٦٤ وهو يسرى على العاملين فى القطاع العام والخاص ويمنح العامل فى حالة خضوعه للتأمين الصحى معونة توازى كامل أجره إذا أصيب بأحد هذه الأمراض وهى الأمراض العقلية الجزام، الدرن، وهذه الأمراض نص عليها القانون المذكور<sup>(٢)</sup>.

كما هناك تأمين للعمال ضد الإصابات الناشئة عن حادث عمل يسببه أو أثناء تأديته ويشترط فى الإصابة نتيجة حادث أن يكون هناك ضرر جسمى، وفى حالة الإصابة أثناء العمل يستحق العامل التعويض إذا أصيب أثناء قيامه بالعمل الذى يكلف به ويطلب منه ولو كان من خارج محل العمل مثل المحصلين والطوافين، أما فى حالة حدوث الإصابة بسبب العمل يجب أن يكون الإصابة

(١) أحمد عزت راجح، علم النفس الصناعى، مرجع سابق، ص ٣١٨.

(٢) بياتريس جبراوى، عز الدين فراج، الصحة المهنية والأمن الصناعى، مرجع سابق، ص ١٥.

بسبب العمل أو متسببة من ادائه مثل الإصابة بسبب الآلات أو المواد التي يستعملها أو لطبيعة العمل أو ظروفه أو مكانه<sup>(١)</sup>.

وهناك عدة مزايا «للتأمين ضد الأمراض المهنية، فقد تكون هذه المزايا «نقدية» متمثلة في المعونات المالية التي تؤدي للمصاب خلال فترة عجزه المؤقت أو التعويض عن العجز المستديم المخلف عن ذلك المرض، أما المزايا «العينية» وتشمل العلاج الطبي ورعاية الأطباء والاختصاصيين والعلاج بالمستشفى والزيارات المنزلية والبحوث المعملية والأشعة والأدوية والمستلزمات الطبية حسبما تستوجب حالة المرض، التأهيل وهو مجموعة الخدمات التي تقدم لمن يتخلف لديهم عجز يعوقهم عن أداء العمل المناسب لتدريبهم وخبرتهم ويشتمل التأهيل الطبي: صرف أجهزة تعويضية كالأطراف الصناعية وأجهزة السمع، كما تشمل التدريب على عمل مناسب مع ما تبقى لدى المصاب من قدرات عقلية وبدنية<sup>(٢)</sup>.

ومن المعروف أن «العامل» يتوقف عليه بصفة عامة جانباً كبيراً في نواحي الوقاية من الإصابات بالأمراض المهنية، وقد ألزم القانون بعدة التزامات إزاء الإجراءات الواجب اتباعها للعلاج من المرض المهني، وفيما يلي أهم الواجبات التي يجب على العمال اتباعها لضمات سلامتهم وحمايتهم من الإصابة بالأمراض المهنية:

١ - يجب أن يكون العامل على علم بكل ما يتضمنه عمله من مخاطر واضرار ويعمل بكل طرق الوقاية منها حتى يكون بينة من حقيقة الظروف المحيطة بالعمل لأننا قد نجد سكان العمل مستوفياً جميع شروط الوقاية بينما يجعل العاملون فيه طبيعة الأخطار أو الأضرار التي يتعرضون لها. ولذلك كان من أهم واجبات العامل في هذه الناحية أن يسأل عما يتضمنه عمله من مخاطر واضرار عليه سواء من رئيسه أو نقابته العامة أو المؤسسة الثقافية العمالية أو الاتحاد العام... الخ<sup>(٣)</sup>.

(١) المرجع السابق، ص ١٧ - ١٨.

(٢) حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الاجتماعي والأمراض المهنية، مرجع سابق، ص ٩٤ - ٩٥.

(٣) كلارك كيندي، أمراض الإنسان، ترجمة فتحى الزيات، مركز مكتب الشرق الأوسط، ١٩٦٢، ص ١٣١.

أما أصحاب العمل فقد ألزم القانون صاحب العمل أو المشرف على العمل بعدة التزامات إزاء الإجراءات الواجب اتباعها لوقاية العمال وحمايتهم من الإصابات بالأمراض المهنية:

١ - فعلى أصحاب الأعمال أن يلحقوا بمؤسساتهم فريق من الاختصاصيين مثل طبيب الصحة المهنية، أخصائى اجتماعى، أخصائى مهندس فى الوقاية من الإصابات، أخصائى لشئون الأمن الصناعى ... وعلى هذا الفريق أن يرسم الخطوط الرئيسية لوسائل الوقاية من الأمراض المهنية وذلك باتباع الطرق الآتية:

أ - حجز العمليات أو الأعمال الخطرة فى أماكن مستقلة عن باقى أماكن العمل لكى لا يتعرض باقى العمال لعوامل الخطورة وتوفر وسائل الوقاية الجيدة للعمال المعرضين لها.

ب - إجراء العمليات الصناعية الضارة داخل أجهزة أو آلات مغلقة غلقاً تاماً بحيث لا يتسرب منها إلى جو العمل دخان أو غبار أو غاز أو وجود جهاز قوى لشفط الغبار.

ج - القيام بحجب الإشعاعات الضارة<sup>(١)</sup>.

وأخيراً نظراً لما للعلاقات الإنسانية والصحية والنفسية فى العمل من أثر كبير على الإنتاج، يجب أن نهتم بمبادئها فى مجالات التدريب والبحث والتطبيق، وإذا قدر للعامل أن يضمن سلامته وصحته ووقايته وحمايته من الإصابة بالأمراض المهنية فإننا نرى مع الأعضاء الذين اشتركوا فى إجراء بحوث عن الصحة المهنية وطب الصناعات وجوب إنشاء جمعية علمية للصحة المهنية وطب الصناعات لتقوم بمثل هذه المهام السابقة.

(١) حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الاجتماعى والأمراض المهنية، مرجع سابق،



## **الفصل الخامس**

### **المرض والعشوائيات**

**مقدمة.**

**أولاً - بداية المشكلة السكانية وظهور العشوائيات.**

**ثانياً - مشكلة العشوائيات على المستوى العالمى والمصرى.**

**ثالثاً - المناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية.**

**رابعاً - الأمراض المنتشرة فى المناطق العشوائية وأبعادها الاجتماعية.**



## مقدمة :

كان الطب إلى عهد قريب يعتبر أن العوامل البيولوجية والطبيعية فقط هي الأسباب الوحيدة التي تحدث الأمراض ... ولكن علم الاجتماع أسهم في توضيح أهمية الأبعاد الاجتماعية والثقافية في قضايا الصحة والمرض<sup>(١)</sup>.

وقد برز هذا الإسهام واضحاً حينما عانت مصر كدولة من دول العالم الثالث من مشكلة مناطق السكن العشوائي التي تؤثر بشكل كبير على مسيرة التنمية الشاملة، فبرغم تعدد أشكال تلك المناطق العشوائية واختلافها في طبيعتها إلا أن مشكلة هذه المناطق واحدة ألا وهي تخلفها الشديد وإرتفاع معدلات الفقر والأمراض الاجتماعية والوبائية بها<sup>(٢)</sup>.

فالفرد يكتسب مكانته في البناء الاجتماعي من خلال تكيفه مع الظروف التي يمر بها والتي تزوده بالعادات والتقاليد والمعايير التي تحقق له الحفاظ على صحته وتقلل من نسبة تعرضه للأمراض<sup>(٣)</sup>.

فالمنطقة العشوائية التي يتخذها الإنسان لسكنه ومزاولة نشاطه الإنتاجي من المفترض أن تكون تحت السيطرة الصحية الكاملة أبعد من أن تعنى بأبسط الشروط الصحية نتيجة تجاهل الحكومات أو جهل الأفراد وبالرغم من أن كثير من ظروف البيئة يمكن تعديلها ودفع لخطرها لكن هذا أمر نادر الحدوث في مثل هذه المناطق فقد تعلق الحكومات بالتكاليف الباهظة أو لعدم توافر المياه النقية والصرف الصحي والسكن المناسب، ولهذا فإن المناطق العشوائية لا بد وأن تؤثر بشكل أو بآخر على الصحة فعدم توافر الغذاء أو الماء أو الهواء النقي مع جهل سكان هذه المناطق بمتطلبات الصحة العامة وعاداتهم في الأكل والشرب والتدخين كلها تشكل جذور للعديد من الأمراض الخطيرة، وبالمثل نجد أن عدم توافر شروط

(1) Newal Almesserri, Rural Health Care in Egypt, International development research Center, Ottawa, 1980, P. 5.

(٢) جريدة الأهرام، مشكلة المقطم وكارثة الإسكان العشوائي، تحقيق حسن عاشور وأحمد الخرادلي، ٨ / ٢ / ١٩٩٣.

(3) Mass Gordin Ervin, Illness, Immunity and Social Interaction, Florida, 1981, P. 55.

المسكن عادة ما يكون مزدحماً وعرضة للرشح وسى التهوية خاصة عند حلول الظلام حيث توصل جميع النوافذ والأبواب، كما أن عائلة من عشرة أفراد أو أكثر يمكن أن تنام معاً فى حجرة واحدة مغلقة مما يؤدي إلى انتشار الأمراض المعدية والتنفسية والتقيحات الجلدية والجرب فضلاً عن لدغات الحشرات<sup>(١)</sup>. علاوة على أن السن والنوع والظروف الأسرية والأصول الاجتماعية والبيئية تلعب دورها البارز فى تحديد المرض فى هذه المناطق<sup>(٢)</sup>.

فإذا صنفنا بيئة هذه المناطق العشوائية نجدها تعنى ثلاث جوانب أساسية فى مجملها المسببة للعديد من الأمراض: الجانب الاقتصادى والاجتماعى: وهو يشمل العديد من الأبعاد التى تضم مستوى الدخل والشروط والمواصفات الصحية للسكن، مياه الشرب، تصريف الفضلات، العادات السلوكية، الممارسات اليومية، وجميعها أنعكاس لمستوى التعليم والتربية والثقافة.

■ الجانب البيولوجى - ويشمل الكثافة السكانية فى هذه البقعة حيث أن طبيعة هذه الأحياء يمكن أن تلعب دوراً هاماً لنقل الميكروب وتكون مستودع للعدوى.

■ الجانب الفيزيقي - وهو يشمل ما نقصده عادة بكلمة مناخ<sup>(٣)</sup>.

ومن هنا يتضح أن ظهور العديد من الأمراض يرتبط بطبيعة البيئة حيث تلعب الظروف البيئية دوراً هاماً فى العلاقة الثلاثية المسببة للمرض وهى البيئة والمسبب والعائل، فقد تكون الظروف عاملاً منشطاً قوياً وفعالاً يؤدي إلى حدوث المرض، وفى بعض الأحيان تمنع هذه الظروف البيئة الاجتماعية من أمراض معينة<sup>(٤)</sup>.

(١) فليب عطية. أمراض الفقر والمشكلات الصحية فى العالم الثالث، سلسلة الكتب الثقافية التى يصدرها المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٩٢، ص ٢٨٤.

(2) Dasrd Meclanic, Medical Sociology, The Free Press, New York, 1978, P: 55.

(٣) فليب عطية، مرجع سابق، ص ١٢٩.

(4) Dodg Dand and Others, Sociol Stress and Chronic Illness, Notredome Press, London, 1970. P: 78.

ولقد كشف تقرير أذاعته منظمة الصحة العالمية بجنييف النقاب عن أن تلوث البيئة في المناطق العشوائية هو المسئول عن إزدياد نسبة الأمراض حيث أن المسكن المناسب والجيد من الناحية الطبيعية والبيئية والاجتماعية يوفر للإنسان الصحة الجيدة سواء من الناحية النفسية أو الطبيعية أو الصحية، كما أوضح التقرير أنه في غياب السكن المناسبة ينتشر الكثير من الأمراض الاجتماعية والنفسية الخطيرة أهمها ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المميتة بين المراهقين والشباب، كما أشار التقرير إلى أنه من بين الأمراض الاجتماعية الخطيرة المنتشرة في هذه المناطق الاكتئاب وأدمان الأدوية والخمور وانتشار لحالات الانتحار وسوء معاملة الأطفال وكثرة الخلافات بين الأزواج وإزدياد حالات الانحراف والتطرف وظاهرة الأغتصاب وظاهرة التشرد والخروج عن العرف والقانون، كما يشير التقرير أيضاً إلى أن ظاهرة الإختلال العقلي ترجع إلى عوامل الضغط مثل الأصوات والهواء والتربة والإزدحام وتلوث المياه والتصميم الهندسي الرديء وعدم توافر الظروف البيئية المناسبة وسوء حالة الصرف الصحي وانتشار نسبة عالية من الملوثات في البيئة<sup>(١)</sup>.

كما أوضح التقرير أيضاً إلى أن الأزدحام من أهم العوامل التي تؤدي إلى ظاهرة الإصابة بالعديد من أمراض الإتصال كالقمل والبق والجرب والدوسنتاريا ... كما أن عدم توافر وسائل الصرف الصحي في تلك المناطق إنما يساعد على انتشار البعوض الناقل للأمراض كالمالاريا ومرض الفيل ... كما أن عدم إزالة القمامة من الشوارع أو نقص إمكانية رفعها يؤدي إلى ارتفاع كثافة الذباب لدرجة تفوق ٤٠ ضعف ما تسمح به هيئة الصحة العالمية<sup>(٢)</sup>.

#### أهداف الدراسة ومنهجها:

نظراً لأن المناطق العشوائية مشكلة قومية تفتشت بوضوح في الآونة الأخيرة ونظراً لأنها بؤرة لكثير من المشكلات التي تؤثر على التقدم والرقى والاستقرار، ولذا لا بد من التصدي لهذه المشكلة ومحاولة إيجاد الحلول لها.

وتحاول الدراسة الراهنة التركيز على ظاهرة المرض في هذه المناطق ومعرفة أبعاده الاجتماعية وعرقلة مسيرة الإنسان ومحاولة للقيام بدور إيجابي فعال في

(١) عبد المعطى أحمد، تحقيق بجريدة الأهرام، ٤ / ١ / ١٩٩٤ م.

(٢) المرجع السابق.

عملية التنمية وانطلاقاً من هذا الهدف حددت الباحثة مجموعة من التساؤلات تساهم فى التعرف على الواقع الفعلى لظاهرة المرض داخل هذه المناطق وصاغتها على النحو التالى:

- ١ - ما هى حدود المناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية؟
- ٢ - ما هى أهم الخصائص الديموجرافية والبنائية لهذه المنطقة؟
- ٣ - ما هى أهم الخصائص البيئية؟
- ٤ - ما أهم الأمراض المنتشرة فى هذه المناطق العشوائية؟
- ٥ - ما هى الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بسكان هذه المنطقة مدى ارتباطها بانتشار الأمراض بها؟
- ٦ - ما هى الطرق التى يلجأ إليها الأهالى لعلاج مثل هذه الأمراض؟
- ٧ - هل تتوفر الخدمات الصحية فى هذه المناطق؟
- ٨ - ما هى معوقات الخدمات الصحية بهذه المناطق هل هى معوقات مرتبطة بتجاهل الحكومة أو بجهل الأفراد؟
- ٩ - ما هى مجهودات كلاً من الحكومة والأهالى للنهوض بالخدمات الصحية فى هذه المناطق؟

ولعل من أهم المداخل المنهجية الملائمة لدراسة طبيعة المرض فى هذه المناطق هو مدخل علم الأوبئة وهذا المدخل يعتمد على المنظور الجماعى بمعنى أنه يهتم بدراسة الجماعات والتركيز على جماعات ممثلة للمجتمع ككل دون التركيز على المرضى وحدهم، كما يسعى هذا المدخل إلى التعرف على المرض وظروف وعوامل انتشاره وأى الجماعات والفئات الاجتماعية أكثر عرضة للإصابة به وفى أى بيئة يكون<sup>(١)</sup>.

وهذا المدخل يتوصل إلى أسباب المرض عن طريق ملاحظة عادات وأنماط التفاعل والصرف لدى جماعات معينة ودراسة حدوث المرض فى هذه الجماعات وتعريفها فى حدود مصطلحاتهم المحلية وأسبابها من وجهة نظرهم<sup>(٢)</sup>.

(١) على المكاوى، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمات الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٢، ص ٢١.

(2) Rodney M. Coe, Sociology of Medicine, New york, 1978, P: 32.

فالتعميم الذى يصدره الباحث هنا يعتمد على الأجابات التى يحصل عليها من الإستفسارات ومعظم الدراسات الوبائية تربط مجموعة السمات الاجتماعية الخاصة بمجموعة من السكان بسماتهم الصحية حتى تتمكن من تفسير الاختلافات بين السكان<sup>(1)</sup>.

ولقد أسهمت هذه الأهداف فى تحديد طابع دراستنا الحالية وتحديد معالم المنهج الذى اعتمدت عليه حيث أدى اهتمام الدراسة بالتصرف على الواقع الفعلى لظاهرة المرض داخل هذه المناطق العشوائية إلى اكتسابها الطابع الوصفى كما حددت فى ضوء الأهداف الحالية للدراسة معالم المنهج الذى اعتمدت عليه بحيث أستعانت الدراسة بمجموعة من الوسائل المنهجية منها:

١ - تحليل الوثائق والسجلات الإحصائية لكشف النقاب عن مجتمع الدراسة والتعرف على خصائصه الديموجرافية والبنائية.

٢ - المسح الاجتماعى بالعينة فنظراً لتقسيم اسكندرية إلى ستة أحياء بالإضافة إلى منطقتى مسطحات ترعة المحمودية وحى مركز مدينة برج العرب ونظراً لأن كل حى من هذه الأحياء يحتوى على عدة مناطق عشوائية لذا فقد وقع اختيار الباحثة لإجراء الدراسة على حى شرق حيث أنه أكبر أحياء الإسكندرية ويحتوى على أكبر عدد من المناطق العشوائية يبلغ عددها ١٨ منطقة عشوائية ويضم أكبر عدد من السكان الذين يعيشون فى هذه المناطق حوالى ٤٢٥ ألف نسمة.

كما وقع اختيار الباحثة على منطقة الظاهرية وعزبة الصالحية والبطاتوش لإجراء الدراسة الميدانية عليهم ولقد تم اختيار هذه المناطق للاعتبارات التالية :

- ١ - أن هذه المناطق شاغلة لمساحة كبيرة من الأرض.
- ٢ - أن عدد سكان هذه المناطق ذات كثافة عالية.
- ٣ - قلة الخدمات والمرافق بها.
- ٤ - أنه مضى على تكوينها فترة طويلة من الزمن.
- ٥ - أن هذه المناطق صعب إزالتها ولذا لابد من الاهتمام بها وتحسين مرافقها وخدماتها وخاصة الخدمات الصحية.
- ٦ - تنوع مهن وبيئات سكان هذه المناطق.

(1) David Mechanic, Op. Cit., P: 211.



وسوف تكون أداة البحث المستخدمة هي أستمارة الأستبيان ويقوم بتطبيق هذه الأستمارة عدد من طلاب الفرقة الرابعة تدريباً جيداً على استخدامها وسوف يوزع الطلاب على هذه المناطق التى وقع الاختيار عليها، على أن تقدم الباحثة بمراجعة هذه البيانات وتحليلها للوصول إلى الأبعاد الاجتماعية لظاهرة المرض فى هذه المناطق وكيفية التصدى لها ومعوقاتها ودور كل من الأهالى والحكومة للقضاء على هذه الظاهرة.

هذا وقد تستغرق الفترة الزمنية للدراسة الميدانية حوالى شهرين هما شهرا مارس وإبريل عام ١٩٩٤.

### أولاً - بداية المشكلة السكانية وظهور العشوائيات:

قبل الحرب العالمية الثانية لم يكن مصطلح أزمة الإسكان وارد فى مصر سواء فى القرى أو فى المدن لو كان هناك توازناً بين القدرة الاقتصادية للنفقات والطبقات الاجتماعية المتنوعة وبين ما تتحمله كل فئة من إيجار لما يناسبها من سكن، كما كان هناك توازناً مستقر بين المعروض من المساكن وبين الطلب عليها، ومع نشوب الحرب العالمية الثانية عام ١٩٣٩ وأختفاء الأسمت وحديد التسليح توقفت حركة إنشاء مساكن جديدة وحاول الملاك أستغلال الموقف ورفع الإيجارات فأصدرت الحكومة أوامر عسكرية تقضى بسحب حق المالك فى طرد المستأجر عند نهاية العقد، ومع نهاية الحرب تم تقنين هذه الأوامر العسكرية فى القانون ١٢١ لسنة ١٩٤٧ والذى لا تزال آثاره سارية حتى الآن من تجميد للإيجارات الهزيلة رغم تزايد مواد البناء<sup>(١)</sup>.

وحينما قامت الثورة أصدرت الثورة قانون رقم ١٩٩ بتخفيض إيجارات المساكن وبعدها إمتنع الملاك عن إنشاء المباني لفترة وجيزة سرعان ما أنتهت خاصة أن الإستثمار فى العقارات بالمدن كان أفضل من الإستثمار فى الأراضى الزراعية بعد صدور قانون الإصلاح الزراعى. ومع خطة التصنيع فى الستينات وإنشاء السد العالى وأمتصاص حجم كبير من العمالة ومواد البناء

(١) ميلاد حنا، الإسكان والمصيدة، المشكلة والحل، دار المستقبل العربى، القاهرة، ١٩٨٨.

وانخفضت معدلات إنتاج الإسكان الحكومي من عام ٦٥ . ٧٤ إلى ثلث الوحدات التي تم بناؤها في العشر سنوات السابقة وزادت هزيمة ١٩٦٧ القصور، ومع الإرتفاع المفاجئ لأسعار البترول عام ١٩٧٤ وتدفق عائدات البترول في دول الخليج وتزايد نمو العمران بتلك المناطق تزايدت حركة هجرة العمالة إليها ترتب عليها قلة الأيدي العاملة الماهرة في قطاع التشيد في مصر وتأثرت العمالة الزراعية بالريف بذلك فآثر الكثيرون الهجرة للعمل في مجال الإسكان مما زاد الطلب على السكن بالمدن وإزدياد ظاهرة الإسكان العشوائي، وحين أدرك الأغنياء أن الأزمة ستستمر لسنوات لجأوا لشراء عدة شقق تحسباً للمستقبل وأدرك بعض المستثمرين أن إنشاء عمارة دون أتمامها أفضل من إيداع ثمنها ، بالبنك نظراً للإرتفاع المستمر في أسعار مواد البناء ومع ظاهرة التقاعس عن أتمام العمارات والشقق المغلقة لم يجد الفقراء إلا العشش، وتمر الأشهر والسنين على هذه العشش بلا مرافق أو فتحات للتهوية أو الأضاءة وغالباً ما تكون للنوم ومعدل التزاحم بها كبير ولأن السكان من الفقراء الذين لا توجد لهم نقابة أو رابطة أو تنظيم فلا صوت مسموع لهم على الساحة السياسية حيث أنهم في الغالب مقهورين من الداخل ويعيشون في جحور كثيراً ما يكون أحد جوانبها سور سكة حديد أو جدار منزل مهدم<sup>(١)</sup>.

وقد أصبحت ظاهرة الإسكان العشوائي موجودة في أطراف المدن حيث يقوم الأفراد ببناء المساكن بلا أى تخطيط لمناطق البناء مما يجعل ترك شوارع رئيسية أمر نادراً نظراً لإرتفاع سعر الأرض وبالتالي ضيق الشوارع الجانبية وتلاصق المباني مباشرة حتى يصبح دخول الشمس لبعضها أمراً صعباً ويتم البناء في مناطق بلا مرافق ثم يقوم السكان بجد المرافق على نفقتهم أو يحصلون عليهم خلال المواسم الانتخابية بواسطة الضغوط الشعبية، ورغم تدنى السكن لهذه النوعية التي تمثل حوالى ٨٠٪ من المساكن (إلا أنها تمثل الحل الشعبى لمشكلة الإسكان بعد وضوح الفشل الرسمي للحل)<sup>(٢)</sup>.

(١) ممدوح والى، سكان العشش والعشوائيات، الخريطة الإسكانية للمحافظة، نقابة المهندسين، ١٩٩٣، ص ٣٢ - ٣٤.

(٢) مرجع سابق، ص ٧٥.

والمساكن العشوائية غير مرخصة أى لم يصدر ببنائها تصريح بناء ولذلك فهى لا تخضع فى بنائها للقواعد والقوانين التى تنظم النمو العمرانى سواء إقامتها خارج كردون المدينة أو حتى داخلها ... ويتنوع السكان للإسكان العشوائى ما بين الفقراء إلى الشرائح القادرة حسب نوعية المسكن<sup>(١)</sup>.

وقد تفاقمت ظاهرة الإسكان العشوائى مع تفاقم أزمة الإسكان الحالى حيث الهجرة المتزايدة من الريف إلى المدن بحثاً عن العمل والكسب فى الوقت الذى لم تكن فيه معظم المدن مستعدة لتقبل هذه الأعداد الكبيرة من المهاجرين - وحيث تفجر قلب المراكز الكبرى للمدن بالسكان مما أدى إلى زحفهم نحو الأطراف فى محاولة البحث عن مسكن بالإضافة إلى التحولات التى حدثت فى السوق العقارية خلال فترة السبعينات وارتفاع أسعار الأراضى وعدم الجدية فى تطبيق عقوبات التشريعات المنظمة للعمران وإستصدار قوانين للعفو عن المخالفات لأحكام قوانين تنظيم المباني وأخيراً لعدم وجود مخططات عامة للمدن مع عدم توافر الكوادر الفنية التى يمكن أن تستند إليها عمليات التخطيط الشاملة للمدن<sup>(٢)</sup>.

وقد كان أهم ما يميز المناطق العشوائية ما يلى:

- افتقار غالبية المساكن للمرافق والخدمات الأساسية كالمياه والجارى والكهرباء.
- ضيق الشوارع وتعرجها وعدم سيولة المرور نتيجة للتقسيم العشوائى لأراضيها والذى يستهدف تحقيق أكبر ربح عن طريق بيع أكبر مساحة ممكنة دون مراعاة لترك مساحات كافية للشوارع والخدمات.
- افتقار الأهالى إلى وسائل مواجهة المشاكل الطارئة التى قد تنتج بالمنطقة كالحريق وانتشار الأوبئة.
- سوء التهوية وافتقارها لخدمات النظافة.

(١) أحمد كمال الدين، دراسة أبعاد مشكلة الإسكان المتدهور، ندوة للتحويلات الحضرية فى إطار التخطيط العمرانى والإقليمى للقاهرة الكبرى، ١٩٩١.

(٢) ليلي أحمد محرم، مؤشرات ومظاهر النمو العشوائى للتجمعات العمرانية، ندوة حماية البيئة والسكن القانونى، ١٩٩١.

- أما بالنسبة للناحية الاجتماعية فتميز تلك المناطق بالآتي:
  - إزدیاد الكثافة السكانية.
  - سوء الحالة الصحية للسكان وإزدیاد نسبة الوفيات بين الموالید والأطفال.
  - سوء الحالة التعليمية وإزدیاد نسبة السكان الأميين نتيجة نقص الخدمات التعليمية.
  - إزدیاد الجرائم والمشاجرات العائلية وحالات الطلاق وتشرذم الأحداث.
- أما بالنسبة للصعيد الاقتصادي فتميز هذه المناطق بالآتي:
  - غالبية سكان هذه المناطق من ذوي الدخل المنخفض.
  - تدخل الأنشطة التجارية والاقتصادية والصناعية مع المناطق السكنية فينتشر مثلاً بين المساكن الورش والحرفيون والأسواق والمحلات التجارية والصناعات اليدوية ويعتبر الشارع هو الوسيلة للعرض والبيع ومزاولة المهن المختلفة كالحدادة والتنجيد والتجارة وغيرها<sup>(١)</sup>.
- وهناك حقائق لا يمكن تجاهلها مرتبطة بهذه المناطق:
  - نسبة الوحدات السكنية التي أنشئت ما بين ١٩٧٠ و ١٩٨٠ بطريقة غير رسمية أي مخالفة لقوانين المباني قدرت بحوالى ٨٤٪ من إجمالي عدد الوحدات السكنية.
  - هذه الإمدادات العشوائية قد ساهمت في حل مشكلات الإسكان إلى حد ما.
  - أن هذه المناطق العشوائية يصعب في بعض الأحيان إمدادها بشبكات البنية الأساسية أو بالفرمات أو بالإزالة قد فشلت في وقف أنتشارها ولعل أبرز ما يجب الأهتمام به في دراسة الهيئة العامة لبحوث البناء والإسكان والتخطيط العمراني هو أن السياسات التي تعاملت مع هذه المناطق بمنطق تطبيق القوانين العامة أو الحرمان من شبكات البنية الأساسية قد فشلت في معالجة هذه المشكلة ولم توقف نمو هذه التجمعات<sup>(٢)</sup>.

(١) محمد أحمد عاشور، سرطان المناطق العشوائية هل هي قابلة للعلاج، الأهرام الاقتصادي، يوليو، ١٩٩٣، ص ٧٥.

(٢) الإسكان غير الرسمي في مصر، الهيئة العامة لبحوث البناء والإسكان والتخطيط العمراني، ١٩٨٢.

وقد أغفلت الخطة القومية على مدى العشرين عاماً الماضية هذه المناطق سواء فى برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية أو فى برامج التنمية العمرانية، وكان هناك انفصال بين رؤية المخططين الذين يرون الأمور فى أبعادها القريبة والبعيدة وبين متخذى القرارات الذين يرون الأمور فى أبعادها العاجلة.

وقد أدى إرتفاع الأرضى وتكليف مواد البناء إلى الاتجاه إلى المناطق العشوائية حيث سعر الأرض الأرخص والمساحة الصغيرة والإيجار بالغرفة بمقدمات فى مقدرة الطبقات الشعبية وهو ما يثير قضية هامة فى ظل سياسة التحرر الاقتصادى والعمل فى ظل آليات السوق وخفض الدعم عن الوسائل المطلوبة من ضوابط فإن هذه الشرائح ستميل لتدبير المأوى ويصبح مجال توفير أراضى البناء ومدها بالمرافق أمراً أساسياً للسياسة الحكومية وإلا ستدفع الحكومة ثمن إهمال تدبير المأوى المناسب لهؤلاء من استقرار البلاد وتوالى أحداث العنف وانتشار الجرائم ووجود مواطنين ضعاف الصحة يقدمون إنتاجاً هزلياً حيث أن وجود هذه المساكن العشوائية وجود صريح لبيئة صالحة لنمو الميكروبات والجراثيم ليصاب السكان عادة بالنزلات الشعبية والسل الرئوى وإلتهاب الحلق وإرهاق العينين والحصبة والسعال الديكى والدفتيريا وغيرها من الأمراض الناتجة عن التكديس السكانى حيث تكثر معيشة أسرة كاملة فى حجرة واحدة رغم زيادة أفرادها عن سبعة وثمانية أفراد<sup>(١)</sup>.

## ثانياً - مشكلة العشوائية على المستوى العالمى والمصرى:

أسفرت إحصائيات الأمم المتحدة أن حوالى ٢٥٪ من التعداد العالمى للسكان حوالى مليار شخص ليس لديهم منازل تفى بالأغراض الإنسانية، كما أن هناك حوالى مائة مليون مشرد وقد أخذت هذه المشكلة فى التفاقم خاصة فى دول العالم الثالث مما يجعلنا نتنبأ بأن حوالى ٦٦٪ من سكان المناطق الحضرية سوف ينسحبون إلى المدن الحديثة سنة ٢٠٠٠ نتيجة تفاقم هذه المشكلة على أطراف المناطق الحضرية وضغطها على المدينة من كل جانب، ومن جهة أخرى نجد تفاقم مشكلة الهجرة من المناطق الريفية إلى المدن بحثاً عن فرصة أفضل للعمل فى الوقت الذى نرى فيه أن المناطق الحضرية ليست مهيأة لإستقبال هذه الأعداد من

(١) ممدوح والى، مرجع سابق، ص ٧٥ - ٧٧.

المهاجرين والنتيجة فى النهاية عدد أكثر من العشوائيات التى تعد الحياة فيها دون المستوى الأدنى للحياة الإنسانية بمعناها الصحى والاجتماعى والاقتصادى، وبتزايد الهجرة من المناطق الريفية إلى المدن ظهرت المساكن غير الصحية للعمال التى قادت إلى مشكلة صحية حقيقية، وهناك أيضاً عامل لا يقل أهمية وهو أن المستثمرين فى مجال الإسكان لم يعطوا جزء من اهتمامهم تجاه تأثير جودة وصحية المسكن على أداء العامل فى العمل<sup>(١)</sup>.

أما «مصر» فقد بدأت تعاني أخيراً من مشكلة العشوائيات التى بدأت ظهورها مع بداية الحركة التصنيعية السريعة التى بدأت مع بداية العقد الماضى وتركيزها فى المدن الكبرى مما أسفر عنه جنى ثمار هذه العشوائيات فى الفترة الأخيرة والتى تتمثل فى الأدمان والإرهاب والدعارة ... وإذا بحثنا الأسباب الرئيسية لهذه المشكلة نجدها تتمثل فيما يلى:

- النمو الساروخى للمدن نتيجة للثورة الصناعية والهجرة الناتجة عنها من القرى المجاورة للمدن.
- تقابل رغبتان رغبة المهاجرين فى الحصول على مسكن فقط دون الحصول على العمل، ورغبة مالك المسكن فى الحصول على ربح عال.
- غياب قوانين ضبط التوزيع السكانى فى المدن ووجود ثغرات فى أى قانون يصدر.
- غياب البرامج الجامعة المانعة التى توضع على أساسها خطط إنشاء المدن.
- عدم كفاية الخطط التى توضع لمعالجة العشوائيات على أطراف المدن.
- وجود أراضى زراعية داخل حدود المدن الكبرى بمصر كأطراف القاهرة والجيزة والإسكندرية.

ومن العوامل أيضاً التى أدت إلى ظهور المناطق العشوائية:

- الزيادة السكانية الكبيرة.
- ارتفاع أسعار الوحدات السكنية.
- ارتفاع أسعار الأراضى.

(١) أدهم رمزى، دراسة بنية للمناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية، قسم الدراسات بمعهد البحوث والدراسات العليا، ١٩٩٢، ص ٢ - ١٣.

- شيوع المسؤولية بين الأجهزة المركزية والتنفيذية فى ملكية الأراضى.
- قصور أجهزة الإدارة المحلية عن ملاحقة التعدى فور ظهور هذه المشكلة.

تضافرت كل هذه العوامل وأدت إلى لجو بعض الأهالى للإستيلاء على بعض المناطق والأستيطان بها دون أى تخطيط من الجهات المسئولة وتزايدت هذه الظاهرة حتى أصبحت مشكلة قومية هامة يجب الوقوف عندها والتصدى لها وإيجاد الحلول الفورية لمعالجتها.

ويمكننا هنا توصيف مشكلة العشوائيات على النحو التالى:

- تفشى الجهل والمرض فى هذه المناطق.
- زيادة الأمية بنسبة أكبر فى المناطق.
- ارتفاع الكثافة السكانية.
- سيطرة الخارجين على القانون وممارسة العنف الإرهاب.
- التدنى الشديد للخدمات والمرافق فى هذه المناطق.
- ظهور أمراض عضوية واجتماعية لم تكن موجودة من قبل.
- حقارة القيم الاجتماعية والأخلاق السائدة.
- تزايد الإحساس بعدم الانتماء<sup>(١)</sup>.

وبرغم أن «الإسكان العشوائى فى مصر» هو كل ما ينيه الأهالى بلا تخطيط حيث الشوارع ضيقة وغير ممهدة إلا أن هناك أنواع مختلفة من الإسكان فى هذه المناطق العشوائية فهناك الإسكان غير المرخص ويتم هذا النوع من الإسكان على أرض مملوكة للمستثمرين ولكن على أرض لم يعتمد تقسيمها أو مناطق سكنية بنيت وامتدت بطريقة سرطانية أو أقيمت مبانيها بدون تراخيص للبناء أو شيدت مخالفة لقوانين التنظيم ونظراً لأن هذا النوع من الإسكان يتم بعيداً عن أعين الرقابة وعن إشراف المحافظة فنجد مناطق كثيرة منها غير متوفر بها المرافق الأساسية كالجارى والمياه والكهرباء ومع زيادة تكديس السكان بهذه المناطق تضطر المحافظة إلى إمدادها بالمرافق الضرورية ويكون ذلك فى النهاية إعرافاً من الدولة بالمخالفات التى إرتكبت. وهناك نوع ثان من الإسكان يسمى الإسكان

(١) المرجع السابق، ص ١٤.



العشوائى حيث هناك بعض الفئات من أصحاب الدخل المنخفض الذين لا يقدرّون على إيجاد وحدة سكنية أو بعض أصحاب الدخل المتوسط تضطّرم ظروف عملهم للبقاء فى منطقة معينة لقربها من مناطق عملهم وعادة ما يكون هذا النوع من الإسكان سيئاً جداً وسكانه غير مستقرين ومهددين بالطرد مما يؤثّر على حياتهم الاجتماعية والاقتصادية وهناك نوعاً ثالثاً المناطق السكنية السيئة وهى بوجه عام المناطق السكنية القديمة والتي إنتهى عمرها الافتراضى لواحداتها السكنية أو مناطق حديثة البناء ولكن تحت بدون أى مراعاة للنواحي الصحية والتخطيطية وطبقاً لكل حالة تم تحديد العلاج اللازم ... فهناك مناطق لا يجدى الأصلاح بها سواء كبنية أو وحدات سكنية ويجب أن يتم إزالتها وإعادة تخطيطها ... وهناك مناطق تحتاج لتحسين كتوسيع بعض الشوارع أو خلق ساحات وحدائق عامة بها أو أستكمال المرافق العامة أو ترميم بعض مبانيها بالإضافة إلى تحسين تخطيط المنطقة بعمل خطوط تنظيم جديدة وربط المنطقة بالتخطيط للمدينة مع إمدادها بالخدمات اللازمة كالمدارس والوحدات الصحية<sup>(١)</sup>.

### ثالثاً - المناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية:

تحتل الإسكندرية المركز الثالث فى عدد سكان العشوائيات بعد القاهرة والجيزة فيها مليون و ١٣ ألف نسمة يقيمون فى ٥٧ منطقة عشوائية على مساحة حوالى ١٣ كم<sup>٢</sup> ويشكلون ٤٦ ٪ من سكان الحضر بالمحافظة الحضرية وتصل الكثافة السكانية إلى ٣٤ ألف نسمة للكيلو متر المربع ... وبالإضافة إلى المناطق العشوائية بالإسكندرية نجد فيها ٥٤ تابعاً منها ٤٢ بمركز ومدينة برج العرب و ١٢ تابعاً بحى شرق<sup>(٢)</sup> وهذه المناطق العشوائية هى حسب توزيعها على أحياء المدينة كالتى:

- **حى شرق:** ويشمل ١٨ منطقة عشوائية تضم ٤٢٥ ألف نسمة وسكان هذه المناطق إما عمال أو موظفون أو حرفيون وهناك بعض المناطق مطلوب إزالتها وأخرى تحتاج إلى خدمات وإلى إعادة تخطيطها بما يتفق مع قانون التخطيط العمرانى. وإعتماد التخطيط التفصيلى لهذه المناطق شاملاً تحديد

(١) المرجع السابق، ص ١٧.

(٢) دراسة بنية المناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية، مرجع سابق، ص ١٧.

مواقع الخدمات الأساسية من تعليم وصحة وطرق وعن وضع خطة متكاملة لتنفيذ التخطيط شاملاً وتدبير مساكن بديلة للإيواء وتنفيذ برامج المرافق من صرف صحى ومياه وكهرباء.

■ **حتى غرب:** ويشمل ٩ مناطق عشوائية ويضم ١٤٥ ألف نسمة ونوعية السكان فى هذه المناطق أما وافدين أو صيادين أو موظفين وعمال وحرفيين وباعة وتجار مخدرات.

وفى إطار جهود المحافظة تم إزالة منطقة سكن عشوائى على تيه حيدرة بالقبارى لصالح خدمة مشروع كوبرى علوى وتسكين قاطنيها بمساكن بديلة حوالى ٤٠٠ أسرة. كما تم إزالة تجمع سكانى قديم بمنطقة الورديان وإيواء قاطنيها حوالى ٣٨ ألف أسرة وأستغلال الأرض لصالح زيادة مساحة مدرسة إعدادية مع تخصيص جزء لخدمات المنطقة.

■ **حتى وسط:** ويشمل ٩ مناطق عشوائية وتضم ٥٢ ألف نسمة.

■ **حتى العامرية:** ويوجد به ٩ مناطق عشوائية وتضم ٣٥٥ ألف نسمة ومعظم سكان هذه المناطق عمال بناء ومعمار أو عمال وموظفين فى الشركات والمصانع البسيطة وفى إطار جهود المحافظة تحاول إعادة تخطيطها تخطيطاً شاملاً وتوفير الخدمات الأساسية للمنطقة من طرق وصرف صحى ومدارس ومستشفيات كما تحاول المحافظة حل النزاع مع القوات المسلحة فى ملكية هذه الأراضى.

■ **حتى المنتزة:** ويشمل ٧ مناطق عشوائية ويضم ٢٩٥ ألف نسمة ومعظم سكانه من عمال وموظفين وحرفيين. بالإضافة إلى الأحياء الستة فى مدينة الإسكندرية توجد مسطحات ترعة المحمودية وتضم ٣٠ ألف نسمة ومعظم سكانها من الباعة الجائلين أو أصحاب مهن حرة أو عاطلين وخارجين القانون.

وفى إطار جهود المحافظة تم إزالة الأشغالات ويجرى حالياً تطهير المجرى المائى للترعة وإتخاذ الإجراءات التنفيذية لتطوير وتجميل طريق ترعة

المحمودية والمناطق المحيطة بها وتحويلها إلى مشروع سياحي وملاحي وإضافة جمالية للإسكندرية وإعادة تدوير كمصدر لمياه الشرب.

■ ويوجد أيضاً حي مركز ومدينة برج العرب ويشمل ٤ مناطق عشوائية ويضم ٢٠٧ ألف نسمة... وقد تم الأخذ في الاعتبار أن مركز ومدينة برج العرب القديمة وتوابعه كلها مناطق عشوائية تضم مليون نسمة وذلك لعدم وجود تخطيط عمراني وخرائط مساحية توضح خطوط التنظيم وسكان هذه المنطقة معظمهم بدو وعمال محاجر وعمال مصانع وفلاحين ورجال أعمال وافدين للسياحة الدينية.

■ أما حي الجمرى: فهو الحى الوحيد فى مدينة الإسكندرية الذى لا توجد به أى مناطق عشوائية.

#### رابعاً - الأمراض المنتشرة فى المناطق العشوائية وأبعادها الاجتماعية:

لو قبلنا التعريف السلبي لمفهوم الصحة بأنه الحالة التى يحدث فيها الخلو من المرض الواضح لأصبح من اليسير أن نعتبر كل الأشخاص الذين لا يستشعرون المرض ولا تظهر عليهم أية علامات مرضية وراضحة أصحاء غير أن هذا المفهوم يبدو ضيقاً حينما نقارنه بالتعريف الذى قدمته منظمة الصحة العالمية الذى يصف الصحة بإعتبارها «حالة كاملة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية لا مجرد الخلو من المرض والضعف»<sup>(١)</sup>.

وعلى هذا الأساس يعرف المرض بأنه الحالة التى يحدث فيها خلل أما فى الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة قدرة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة<sup>(٢)</sup>.

فإذا نظرنا إلى المناطق العشوائية نجد أن هناك العديد من الأمراض ذات الصلة المباشرة بتدنى المستويات الاجتماعية والبيئية بها وإذا تحدثنا عن الأبعاد الاجتماعية المسببة للأمراض بها نجد أنها عديدة ومتنوعة منها:

(١) ممدوح والى، مرجع سابق، ص ٢٧٦.

(2) Seannette R. Folta and Others, A Sociological Frame Work For Patient Care, New York, 1977, P: 317.

## العوامل البيئية:

وتعرف البيئة بالعوامل الخارجية التى تؤثر فى الإنسان العائل للمرض وتتكون البيئة من عدة مجالات هى:

- **البيئة الطبيعية:** ولها مكونات كثيرة منها الحالة الجغرافية التى تؤثر فى الصحة إما بطرق مباشرة أو غير مباشرة.
- **البيئة الجيولوجية:** مثل نوع التربة والمناخ ويشمل درجات الحرارة والرطوبة.
- **البيئة البيولوجية:** وتشمل عناصر حيوانية ونباتية.

## البيئة الاجتماعية والثقافية:

وتشمل كثافة السكان المستوى التعليمى والاقتصادى والاستعدادات الصحية<sup>(١)</sup>.

- **العادات والتقاليد فى المجتمع:** لا شك أن لكل مجتمع عاداته وتقاليده الراسخة القوية التى تحكمه وبعض هذه التقاليد جيد والبعض الآخر يشكل عائقاً اجتماعياً ليمنع من الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة وتبعاً لنوع التنشئة الاجتماعية التى تفرضها بيئة الفرد الاجتماعية يكون المستوى الصحى فقد ينشأ الفرد فى بيئة لا تهتم بتعليم أسس النظافة الشخصية ولا تمنعهم من شرب مياه الزرع وقضاء الحاجة بها وقد ينشأ الأفراد فى بيئة تهتم بتلقين الأطفال أصول النظافة أو العادات الصحية السليمة وتنشئهم على السلوك الصحى السليم التى يتوقف على المستوى الصحى فى المجتمع الذى نتاج للتنشئة الاجتماعية<sup>(٢)</sup>.

- **المستوى الاقتصادى:** بالرغم من التحسن الواضح فى المستوى الاقتصادى والارتفاع النسبى لمستوى الدخل إلا أنه بالمقارنة بالدول المتقدمة الأخرى لا يزال هذا المستوى أقل من المستوى المرغوب فيه حيث يؤثر دخل الأسرة فى المسكن والملبس والتغذية التى تؤثر بدورها على صحة الفرد.

(1) Stanley Davison and Others, The Principles and Practice of Medicine, London, 1987, P: 4.

(٢) فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف، الإسكندرية، ص ١٠.

- **التعليم:** يلعب التعليم دور هام فى صحة الفرد والمجتمع ككل.
  - **حجم الأسرة:** حيث أن كثرة عدد الأولاد فى الأسرة يؤثر على الحالة الغذائية لها وعلى انتشار الأمراض المعدية.
  - **حالة السكن:** فقلة الإمكانيات لها تأثير على الصحة وخصوصاً إزدحام السكن وعدم توافر المياه الصالحة للشرب وقلة التهوية وعدم وجود الصرف الصحى السليم<sup>(١)</sup>.
- وإذا حاولنا تصنيف الأمراض التى تنتشر فى المناطق العشوائية لنجد أنه ليس من السهل وضع تصنيف مبسط لكل الأمراض التى تصيب الإنسان بها لأنها كثيرة ولذا سنركز فى تصنيفنا لهذه الأمراض على الأمراض ذات الصبغة الاجتماعية ومن هذه الأمراض:

#### ١ - أمراض المخالطة Contact Disease:

تنتقل الأمراض التى تنتمى إلى هذه المجموعة بالمخالطة المباشرة أو غير المباشرة والمخالطة المباشرة تكون بمخالطة الجلد للجلد مثل لمس شخص مصاب بعدوى والمخالطة غير المباشرة تكون بمناولة أشياء ملوثة مثل الملابس ومفارش السرير وأدوات الأكل.

وتساعد العوامل التالية على انتقال الأمراض المعدية:

- ١ - الكثافة السكانية العالية.
- ٢ - الإزدحام.
- ٣ - الصحة الشخصية السيئة نتيجة قلة المياه المتاحة للإستعمال.
- ٤ - تمثل ممارسة العملية الجنسية طريقة خاصة لانتقال الأمراض المعدية بواسطة المخالطة المباشرة حيث أن معظم الأمراض التى تنتقل بعلامسة الجلد للجلد يمكن أن تنتقل من خلال ممارسة العملية الجنسية.

ومن أهم أمراض المخالطة:

(١) زينب محمد شيبه، مبادئ الصحة العامة والطب الاجتماعى، ١٩٩٠، ص ١٧٠.

## أ - الجرب Scabies:

والجرب إصابة الجلد بآفة طفيلية تتميز بحكة شديدة وهو مرض شائع جداً فى المناطق العشوائية وهو واسع الانتشار نتيجة نقص الماء. وتنتشر عدواه بالمخالطة المباشرة القريبة كما يحدث فى الفراش أو بين الأطفال والوالدين ب أو يمكن أيضاً أن ينتقل بالمخالطة غير المباشرة عن طريق مفارش السرير والملابس ويساعد انخفاض المستوى الاجتماعى والاقتصادى على انتشار هذا المرض. وفى أغلب الأحيان لا ينشأ مرضى الجرب الرعاية الطبية فقد تكون الآفات الجلدية من الشيوع بحيث أنها لا تعتبر مرضاً.

ولمكافحة هذا المرض يجب الاستحمام بانتظام وغسل الملابس والاستعمال المتكرر للصابون والتشفيف الصحى ويساعد توفير المياه على خفض معدل الإصابة بهذا المرض.

## ب - القمل: الإصابة بالقمل Pediculosis:

والقمل هو غزو لشعر الرأس أو أجزاء الجسم المكسوة بالشعر أو الملابس بواسطة قمل ماص للدم.

ويكثر قمل الرأس بين أطفال المدارس والأشخاص ذوى الشعر الطويل الذى يندر غسله - ويكثر القمل على وجه الخصوص عند ازدحام الناس فى ظروف صحية سيئة وينتقل بالاتصال المباشر بشخص مصاب أو بملابسه خصوصاً الملابس.

والإصابة بالقمل أو آفة القمل أهميته الطبية تكمن فى قدرته على نقل التيفوس الوبائى والحمى الراجعة.

ولذا فإن مكافحة هذا المرض تكمن فى التشفيف الصحى بشأن أهمية الماء والصابون للمحافظة على النظافة وكى الملابس بعد غسلها لإزالة الصئبان والقمل. واكتشاف الحالات بالفحص المباشر لأجسام وملابس تلاميذ المدارس والبالغين من أعضاء الأسرة.

### ج - التهاب الجلد البرغوثي:

يمكن أن تسبب الحساسية للبراغيث والبق التهاباً جلدياً شديداً خصوصاً في الأطفال والأمراض الناتجة عن البراغيث أو يرقات الذباب ليست معدية ولا تنتقل من إنسان لآخر ولكن أنتقالها تكون من خلال البيئة الخارجية.

والمعروف أن المحافظة على المنزل نظيفاً يقلل فرص المخالطة بين الإنسان والبرغوث<sup>(١)</sup>.

### ٢ - الأمراض التي تحملها الناقلات:

الناقل بصفة عامة هو أى حامل للمرض ولكن في حالة الأمراض التي تحملها الناقلات تقتصر استعمال الكلمة على الحشرات والقواقع التي تشكل جزءاً أساسياً من دورة حياة المسبب للمرض فذبابة المنزل كمجرد حامل للبكتريا لا تعتبر ناقلة فهذا مجرد نشر آلى بسيط ، وتكتسب الحشرات الناقلة مسببات المرض عادة بمص الدم من أشخاص مصابين بالعدوى لتقلها بعد ذلك إلى آخرين بنفس الطريقة، ومن أهم الأمراض التي تسببها الناقلات هو مرض الملاريا وكلمة ملاريا كلمة إيطالية تعنى الهواء الفاسد أطلقها الإيطاليون على المرض في القرن ١٨ ظناً منهم أنه يرجع إلى الهواء الفاسد الذي يهب من المستنقعات والمياه الراكدة فالبينة بمختلف جوانبها الطبيعية والبيولوجية والاقتصادية والاجتماعية تلعب دوراً حاسماً في انتقال الملاريا بواسطة البعوض وهذا الوباء يمكن أن يحدث إذا توافرت الظروف الآتية:

- ١ - زيادة في قابلية السكان للإصابة وخاصة عند حدوث الهجرات الجماعية.
- ٢ - كما أن هناك اعتقاد بان سوء التغذية البسيط يزيد من شدة الإصابة بالملاريا.
- ٣ - اختلال ظروف البيئة بما يسمح بزيادة تعرض الإنسان لأنثى البعوض ويدخل ضمن هذا العامل الظروف الملائمة لتكاثر البعوض كالإسكان السيئ.

وللقضاء على هذا المرض يجب مراعاة الآتى:

- ١ - تجفيف الترع والقنوات حتى لا يجتمع فيها الماء.

(١) محمد لبيب إبراهيم، صحة المجتمع، دار نهر النيل، الغربية، ١٩٨٧، ص ٦ - ٨.



- ٢ - تنظيف الحشائش والشجيرات على طول شواطئ المياه.
- ٣ - يجب أن ينصح الأفراد بحجب منازلهم بالسلك لمنع البعوض وتركيب أسقف له<sup>(١)</sup>

### ٣ - الأمراض التى يسببها التلوث البرازى:

الأمراض فى هذه المجموعة تشترك فى أن الكائنات المسببة لها تبرز فى براز المصابين بالعدوى من الناس أو نادراً الحيوانات ونقطة دخول هذه الأمراض إلى الجسم هى الفم، ولذلك فإن الكائنات المسببة لابد أن تمر عبر البيئة من براز الشخص المصاب بالعدوى إلى القناة المعوية لشخص قابل للعدوى ويسمى هذا طريق الانتقال من البراز إلى الفم.

ويحدث الانتقال من البراز إلى الفم غالباً بواسطة تلوث برازى غير ظاهر للطعام والماء والأيدى حيث يمكن لكمية قليلة جداً من البراز أن تحمل الكفاية من الكائنات الدقيقة لتسبب العدوى ويمكن أن يتلوث الماء بالبراز مباشرة كما يمكن أن تصله المادة البرازية الموجودة فى التربة الملوثة لشواطئ الحفر والقنوات.

وتلوث الأيدى بعد التبرز أو بلمس أشياء ملوثة. وذبابة المنزل مهياة لحمل المادة البرازية بسبب عاداتها أن تبدأ وجبة طعامها على البراز وتنقلها على طعام الإنسان، فيمكن للذبابة أن تنقل الجراثيم من البراز إلى الطعام.

ومن أهم الأمراض التى يسببها التلوث البرازى:

#### أ - الإسهال:

يكثر هذا المرض فى المناطق العشوائية بواسطة تلوث طعام أو أدوات الأكل بواسطة الذباب والمعروف أن معظم حالات الإسهال تحدث عادة أثناء الموسم الذى يكثر فيه الذباب وتحدث العدوى بالطبع بواسطة الماء الملوث أيضاً وخاصة حينما يكون الماء الإلزم لغسل الأيدى والتنظيف شحيحاً.

(١) د. جان اشويس وآخرون، الأمراض السارية دليل العاملين فى الصحة الريفية، المؤسسة الأفريقية للطب والبحوث نيروبي، كينيا، ١٩٨٢، ص ١٩ - ٢٩.

ولهذا فمن المتوقع أن تحدث أمراض الإسهال غالباً في موسم الجفاف وهي مرتبطة بنقص الماء أكثر من ارتباطها بتلوثه وتختفى عندما تزداد كمية المياه المتاحة فالكم هو المهم وليس الكيف.

#### ب - التهاب الكبد الفيروس Viral Hepatitis:

يتميز التهاب الكبد الفيروس بتعب بطنى وتورعك يتبعها عادة إرهاق وينقسم التهاب الكبد الفيروس إلى قسمين:

- التهاب الكبد المعوى: التهاب الكبد (أ) أو التهاب الكبد ذو فترة الحضانة القصيرة.
- التهاب الكبد المصلى: التهاب الكبد (ب) أو التهاب الكبد ذو فترة الحضانة الطويلة.

ويحدث التهاب الكبد المعوى فى صورة أوبئة تنتشر ببطء كما أنه يحدث فى المناطق العشوائية حيث أن هذه الأوبئة ترتبط بالمستويات الصحية المنخفضة وفى هذه المناطق يصاب الأطفال فى سن مبكرة.

ومن المعروف أن طريقة انتقال الإلتهاب الكبدى الفيروس غير معروفة تماماً ولذا فإن الوقاية صعبة التحقيق وتحسين نواحي الأصحاح يخفض انتقال التهاب الكبد المعوى. ولذا يجب أن يكون هناك تثقيف صحى لطريقة فحص الدم قبل نقله لمريض آخر والأهتمام بالتعقيم الأبر ولا تشجيع عمليات الوشم<sup>(١)</sup>

وإلتهاب الكبد الفيروس مشكلة صحية مازالت تسبب قلقاً شديداً ولذا فإن التركيز حالياً أصبح يركز على مكافحته عن طريق زيادة الوعي بأهمية التطعيم الشامل للرضع وتطعيم المجموعات المعرضة لخطر المرض من أجل حمايتها ومحاولة إيجاد آلية ملائمة لإدراج اللقاح المضاد لهذا المرض ضمن لقاحات البرنامج الموسع لمنع المرض<sup>(٢)</sup>

(١) د. فليب عطية، أمراض الفقر المشكلات الصحية فى العالم الثالث، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٩٢، ص ٢١٧.

(٢) د. جان اشويس وآخرون، مرجع سابق، ص ٢٢٥ - ٢٣٠.

٤ - أمراض الديدان:

تعتبر الديدان المعوية مشكلة سببها الصحاح السي حيث أن التخلص الجيد من البراز من أصعب إجراءات الوقاية تنفيذاً لأنه لا بد من تعاون كل فرد فى المجتمع بما فى ذلك الأطفال وعندما لا يتخلص الأفراد من البراز بطريقة سليمة فإن الانتقال قد يستمر - وبناء المراحىض لا نفع فيه ما لم يقدم الثقيف الصحى فى محاولة لتغيير مواقف وسلوك الناس، ورغم أن مكافحة أمراض الديدان ممكنة إلا أنه نظراً لعدم توافر المراحىض ولمواقف الناس فى البلدان النامية فإن بلوغ هذا الهدف يحتاج إلى وقت طويل، ومن الصعب الحصول على معدلات الحدوث للأمراض الديدانية نظراً لأن معظم الإصابات بالعدوى تكون بدون أعراض أو تعالج على مستوى المركز الصحى أو المستوصف فلا تسجل.

ولذا فإن مكافحة هذا المرض يتطلب ما يأتى:

- أ - التخلص من البراز وتوفير التسهيلات اللازمة للتخلص من البراز مع الثقيف الصحى لاستخدام هذه التسهيلات.
- ب - يجب ألا يشجع استعمال البراز الإنسانى الطازج كسماد ولكن يحفظ البراز لمدة ٦ أشهر تقلل خلالها بويضات الاسكارس وبعد هذه المدة يمكن استعمال المزج المحفوظ كسماد إمامون.
- ج - الثقيف الصحى: ضرورى بشأن استخدام المراحىض وغسل الأيدى قبل تناول الطعام وعدم أكل طعام وقع على الأرض.
- د - علاج الأشخاص المصابين بالعدوى: العلاج الجماعى أو اكتشاف المرضى المصابين<sup>(١)</sup>

٥ - الأمراض التى تسبب عن مخالطة الحيوانات :

الأمراض المعدية التى تنتقل تحت الظروف الطبيعية بين الحيوانات الفقارية والإنسان تسمى «الأمراض حيوانية المصدر Zoo Noses» فهناك مرض الطاعون الذى يكون الانتقال فيه عن طريق الهواء وهذا يحدث نتيجة تعايشه مع الماشية.

(١) التقرير السنوى للمدير الإقليمى عن أعمال منظمة الصحة العالمية فى إقليم شرق البحر المتوسط، ١٩٨٩، ص ١٦٨.

داء الكلب وهو مرض يصيب الحيوانات وينتقل منها عرضاً إلى الإنسان عن طريق عضه الحيوان المصاب ويسبب داء الكلب فيروس له ميل للعيش في الغدد اللعابية والنسيج العصبي ويسبب في النهاية إلتهاباً في المخ ويؤدي إلى الوفاة.

والمستودع الرئيسي للمرض هو الحيوانات البرية مثل الثعلب وحيوانات أليفة مثل الكلاب والقطط والماشية والفئران والحمير والحصان.

فاللعاب الذي يتركه الحيوان في الجرح يحوى الفيروس وهذا يصل إلى المخ عن طريق النسيج العصبي.

ومن المعروف أن التثقيف الصحي يلعب دوراً مهماً بشأن الوقاية من المرض، كما أن التحصين الفعلي للحيوانات الأليفة ممكن ويوفر الوقاية لمدة ٣ سنوات والكلاب الضالة يجب قتلها<sup>(١)</sup>

## ٦ - الأمراض المنقولة بالهواء:

مجموعة الأمراض المنقولة بالهواء ذات أهمية عظيمة حيث أنها تشمل سبب من أكثر أسباب الوفاة حدوثاً (وهو إلتهاب الرئة والحصبة).

ومن الواضح أن الأمراض المنقولة بالهواء تنتشر بسهولة أكثر عندما يوجد إزدحام شديد كما يحدث في الفصول والمواصلات العامة ... ويمكن للتهوية الجيدة أن تحد كثيراً من آثار الإزدحام الشديد.

ومن أهم هذه الأمراض الزكام - إلتهاب البلعوم، إلتهاب اللوزيتين، إلتهاب الحنجرة، والقصة الهوائية إلتهاب الشعب كما أن هناك أمراض أخرى تدخل الجسم من القناة التنفسية كالحصبة والجديري والنكاف والإلتهاب السحائي والجزام.

## مكافحة الأمراض المنقولة بالهواء:

■ عن طريق التهوية التي تزيل الهواء المستعمل وتحل محله هواء النظيف والتعرض للشمس للتطهير ويمكن زيادة التهوية ببناء منازل بها نوافذ تسمح بالتهوية الطبيعية أو استخدام تهوية صناعية كالمرواح.

(١) د. جان اشويس وآخرون، الأمراض السارية دليل العاملين في الصحة الريفية، المؤسسة الأفريقية للطب والبحوث نيروبي، كينيا، ١٩٨٢، ص ٢٦٠.

- العزل: كان العزل في الماضي إجراء يستخدم لمنع انتشار الأمراض وكان جميع المصابين بأمر اخ منقولة بالهواء يعزلون.
- التثقيف الصحي عن الصحة الشخصية.
- تغطية الفم أثناء انتشار السعال والعطس.
- استخدام المناديل للتخلص من إفرازات الأنف والبصاق وعدم البصق في الأرض.
- عدم المشاركة في تدخين سيجارة أو أوعية الشرب العامة أو أدوات الأكل<sup>(١)</sup>.

## ٧ - الأمراض الطفيلية:

تعتبر البلهارسيا من أهم الأمراض الطفيلية الأكثر انتشاراً في هذه المناطق حيث تدنى المستوى الصحي والاجتماعي والاعتماد على مياه البرك الراكدة لقضاء احتياجاتهم.

- والتخلص من هذا المرض وهو بعينه السهل الممتنع لأنه إذا لم يوجد مصدر لمياه الشرب النقية سيظل استخدام المياه الملوثة في شتى الأغراض قائماً، وإن لم تتوافر أساليب الصرف الصحي للفضلات الآدمية ستستمر دورة حياة هذا الطفيل مستمرة في جريانها.
- أن الحملة القومية للقضاء على هذا الطفيل في اليابان والتي بدأت عام ١٩٥٠ أكدت على ضرورة التخلص من القواقع باستخدام المبيدات الحشرية إلى جانب تبطين قنوات الري في حقول الأرز بالأسمت والأهتمام البالغ بإمدادات المياه النقية للأستعمال الشخصي وتصريف الفضلات الآدمية وعلاج المرضى والسيطرة على المرض في الحيوانات<sup>(٢)</sup>

## ٨ - أمراض الفقر:

أهم أمراض الفقر هي سوء التغذية وهي تشمل جميع الحالات التي تعاني من تغذية غير سليمة خارجة عن المعايير العلمية لاحتياجات الإنسان الفعلية من المواد الغذائية مما يؤدي إلى إعتلال الصحة والمرض.

(١) د. جان اشويس وآخرون، مرجع سابق، ص ٢٨٧ - ٢٩٠.

(٢) د. جان اشويس وآخرون، مرجع سابق، ص ٢٤٩ - ٢٩٦.

ولقد جرت العادة على استخدام لفظ سوء التغذية ليعنى بالتحديد نقص التغذية ... ومن الأسباب التي تؤدي إلى سوء التغذية الجهل بمكونات الغذاء السليم.

### تعقيب:

يتضح لنا من خلال هذا العرض أن مشكلة مناطق السكن العشوائي وما يرتبط بها من تخلف شديد وإرتفاع معدلات الأمراض الوبائية والاجتماعية بها إنما يحتاج إلى حلول ودراسة مفصلة حيث أن هذه المشكلة هي التي أظهرت لنا القصور في الخدمات الصحية في هذه المناطق حيث أن هذه المناطق أبعد من أن تعنى بأبسط الشروط الصحية نتيجة تجاهل الحكومات من ناحية وجهل الأفراد من ناحية أخرى ولذا لابد من أتباع إجراءات سريعة وصریحة لتحقيق الصحة لسكان هذه المناطق وهذه الإجراءات لابد وأن تكون وقائية في المحل الأول وغير مباشرة وتهدف إلى الماعدة بين العوامل المسببة للمرض وبين الإنسان العائل في ظل بيئة صحية سليمة.



## الفصل السادس الطب الإسلامي

أولاً - المقدمة.

ثانياً - مفهوم الطب الإسلامي.

ثالثاً - مفهوم الطب النبوي وأنواعه.

رابعاً - خصائص الطب الإسلامي وأأسسه.

خامساً - معايير الطب الإسلامي.

سادساً - مشروعية الطب الإسلامي.

سابعاً - التعقيب.





## أولاً - المقدمة :

إن الطب الإسلامى هو نهج طبي خاص ظهر فى العالم وبخاصة فى البلدان العربية فى مطلع القرن الميلادى وظل يمارس طوال العصور الوسطى وما زال أثره واضحاً حتى العصر الحديث ولم يكن جميع علماء الطب فى العصور الوسطى من المسلمين ولا حتى من العرب.

فمن بين من لمعت أسماءهم فى تلك العصور نجد أن الرازى وابن سينا وعلى بن عباس كانوا فرساً وإن المترجم الشهير حنين بن اسحاق كان مسيحياً، وأن الطبيب ماعموديزس كان يهودياً، وقد عاش جميعهم ويلقوا ما يلقيه من شهر ومجد فى ظل المجتمع الإسلامى الذى كان يتفجر حيوية ونشاطاً فى تلك الأيام.

من الحقائق الثابتة أن الطب الإسلامى قبل الإسلام كان نوعاً من الطب الشعبى الذى كان يقوم أساساً على الطلاسم والشعوذة ثم جاء الإسلام ليحول هذا الطب الشعبى إلى طب علمى متقدم لا أثر فيه لأى سحر أو خرافات وكان الطب قبل الإسلام يقتصر على علاج الملوك والحكام وأسر الأغنياء، ولكن التقاليد الإسلامية غيرت كل هذا وأصبح العلم لأول مرة فى خدمة الإنسان سواء كان غنياً أو فقيراً<sup>(١)</sup>.

وعندما نستعرض ناتج الطب الإسلامى نجد أنه قد أضاف الكثير إلى العلوم التشريحية عن طريق الترجمات والمؤلفات الأصلية.

إن علينا أن نتمسك بمبادئ الدين الإسلامى ومبادئ الطب الإسلامى ثم نأخذ من الطب الحديث محاسنه، عندما يبحث الطب الحديث عن الحقيقة<sup>(٢)</sup>.

إن الطب الإسلامى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالإسلام الذى هو طريقة متكاملة للحياة، إن المسلم يؤمن إيماناً لا يتزعزع بالقرآن الكريم، وكما أن المسلم لم

(١) محمد أكرم، الطب الأغسلامى فى علوم التشريع، مركز الملك فهد للبحوث الطبية العدد الثانى، ص ٢٤٦.

(٢) سيد أنور، الطب الإسلامى، توافقه مع الطب الحديث، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، العدد الأول، ص ١٢٥.

يندهش لتقديم الطب أو العلم الحديث معتمداً على العقاقير والأساليب القديمة ولكنه يتبنى الطب الحديث فقط بعد أن يخضعه للإسلام.

وإن حديثنا عن الطب الإسلامى هو فى الواقع حديث عن الإسلام باعتباره قوة ثقافية استوعبت تيارات فكرية مختلفة وصهرتها فى بوتقة واحدة ثم أضافت إليها الكثير مما لديها فخرجت ثقافة ثرية متألفة متطورة<sup>(١)</sup>.

وإن تعاطى الدواء والأخذ بوسائل الطب والصحة موافق للعقل والشرع، أما العقل فلأن فى ذلك جلباً للمنافع ودفعاً للمضار، وأما موافقتها للشرع فالأحاديث كثيرة المتعلقة بالطب النبوى الوقائى والعلاجى.

وإن من بين تعاليم الدين الإسلامى الحنيف الذى يريد به الله خيراً لعباده واجب حفظ الصحة ورعاية الإنسان جسداً وروحاً وعقلاً، وحواساً إذ أن سلامة المجتمع من سلامة الفرد.

وليكن معلوماً أن الممارسات الطبية للرسول عليه السلام وإرشاداته النبوية المتعلقة بأمور الصحة والعلاج تلتزم دائماً بالمنهج العام للشرع، وهو الإطار الواسع للعموميات<sup>(٢)</sup>.

فالإسلام على وجه العموم هو مجموعة من المعتقدات تتضمن نموذجاً واضحاً من السلوكيات والاتجاهات، ويحتوى القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة على العديد من التعاليم الصحية التى تكون قاعدة لإرساء برامج شاملة متطورة للتربية الصحية للدول والمجتمعات الإسلامية، تكون أكثر فاعلية لأنها مستقاة من الدين الإسلامى الذى يلتزم بها غالبية المسلمين<sup>(٣)</sup>.

## ثانياً - مفهوم الطب الإسلامى :

تختلف الفكرة حول مفهوم الطب الإسلامى، فما هو الطب الإسلامى؟ هل هو الطب الطبيعى الذى يعتمد على الأعشاب؟

(١) سيد خورشيد حسن أنور، الطب الإسلامى وتوافقه مع الطب الحديث مركز الملك فهد للبحوث الطبية، العدد الأول ص ١٢١.

(٢) حمودة ناظم النسمى، الطب النبوى والعلم الحديث، مرجع سابق، ص ٧.

(٣) عايدة البناء، الإسلام والتربية الصحية، ص ١٦٦.

هل هو الطب الذى يرتبط بالتعاليم الدينية المتصلة بالصحة؟  
هل هو شفاء المرضى عن طريق الإيمان والدعاء فحسب؟  
هل هو الطب العادى، وقد أطلقنا عليه عنواناً إسلامياً؟

وللإجابة على السؤال الأساسى نقول ليس الطب الإسلامى محصوراً فى أحدهما بل إن مقوماته تشمل كل هذه مجتمعة.

وطبقاً للتعاليم الدينية فإن الله عز وجل جعل لكل داء دواء وعليه ينبغى الاستفادة من كل وسائل العلاج المتاحة والسعى لإيجاد الدواء، وبذلك فإن الطب الإسلامى لا ينحصر فى فرع واحد من فروع المعالجة وإنما تتكامل جميع الفروع لتحقيق العلاج للإنسان<sup>(١)</sup>.

والعلاج الذى نحن بصدده قد يتم عن طريق التمرينات البدنية أو الروحية أو التكيف الغذائى، أو المستحضرات الصيدلانية سواء كانت مقوماتها من عناصر طبيعية أو عناصر مركبة، أو العمليات الجراحية، والعلاج الاشعاعى أو أى توليفة من هذه الوسائل<sup>(٢)</sup>.

ويقوم الطب الإسلامى على أصلين هما الوقاية والعلاج وقد اعتنى الإسلام بهذين الأصلين ومزج فى سبيل ذلك بين المنافع الروحية والجسدية لتحقيق السلامة فى الجسم والروح معاً.

ففى أصل الوقاية نجد الإسلام يحثنا على حفظ الحياة وصيانة البدن من المخاطر فيقول عز وجل فى كتابه الكريم «انفقوا فى سبيل الله ولا تلقوا بأديكم إلى التهلكة وأحسنوا إن الله يحب المحسنين»<sup>(٣)</sup>.

أما فى أصل العلاج فيقول ابن القيم فى كتابه زاد المعاد، كان علاجه ﷺ للمرض ثلاثة أنواع:

- (١) عبد الرحمن العوضى، الطب الإسلامى، ص ٥١-٥٧.
- (٢) أحمد القاضى، ماهو الطب الإسلامى، جامعه الملك عبد العزيز، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، أبحاث ودراسات، ١٩٨٣، ص ٥١-٥٥.
- (٣) المرجع السابق، ص ٦٨.

الأول: بالأدوية الطبيعية.

الثانى: بالأدوية الإلهية.

الثالث: بالمركب من الأمرين.

ومن الأدوية الطبيعية العلاج بالمواد الطبيعية سواء نباتية أو هوائية كعسل النحل والتمر وغيره من المواد التى تفيد الجسم بشكل أفضل من المواد الكيميائية ويعتبر العلاج الباطنى أو الجراحى أحد أنواع الطب الإسلامى كما جاء فى الحديث النبوى الشريف «عن ابن عباس رضى عنه قال: قال رسول الله ﷺ «الشفاء فى ثلاثة شربة عسل، وشرطة محجم وكية نار، وانهى أمتى عن الكى» رواه البخارى<sup>(١)</sup>.

فالعلاج الباطنى فى حديث الرسول الكريم يتمثل فى شربة العسل فإن لم يجد فلتكن الجراحة هى الطريق «مشرط الجراح» وإذا لم يكن هذا ولا ذاك فالاستئصال إلا للضرورة» فقد قال علة الصلاة والسلام «إن خير ما تداويتم به السوط واللدور والحجامة والمشى»<sup>(٢)</sup>.

أما الادوية الإلهية فيقصد بها العلاج بآيات القرآن الكريم والأحاديث والأدعية النبوية لعلاج النفس البشرية فقد قال الرسول ﷺ عن أبى سعيد الخدرى رضى الله عنه إذا دخلتم على المريض فنفسوا له فى الأجل فإن ذلك لا يرد شيئاً وهو يطيب نفس المريض<sup>(٣)</sup>.

### ثالثاً - مفهوم الطب النبوى وأنواعه :

هو الطب الذى تطب به الرسول عليه الصلاة والسلام ووصفه لغيره لما تبين فيه من الحكمة التى تعجز عقول أكبر الأطباء عن الوصول إليها<sup>(٤)</sup>.

(١) صحيح البخارى، بيروت، عالم الكتب، ١٩٨٣، ص ٦٨.

(٢) موسوعة السنة الكتب الستة وشروحها، مسند أحمد بن حنبل، مجلد ٢٢، تونس دار الدعوة ١٩٩٢، ص ٣٨٨.

(٣) موسوعة السنة الكتب الستة وشروحها، سنن ابن ماجه، مجلد ١٧، تونس دار الدعوة ١٩٩٢، ص ٤٦٢.

(٤) نزار خدام، وآخرون، تاريخ العلاج والدواء فى العصور القديمة، الرياض، دار المريخ، ١٩٩٠، ص ٨٠.

والتداوى بصورة عامة سنة نبوية لا تناقض بينه وبين التوكل والإيمان بالقدر، يشهد لذلك قول الرسول عليه الصلاة والسلام وفعله، ومعاذ الله أن يقول الرسول أو يفعل ما يتنافى مع التوكل والإيمان بالقدر، أو مع أى شعبة من شعب العقيدة والإيمان.

### من أنواع الطب النبوى.

#### الطب الغذائى النبوى:

وهو الطب الذى يهتم بالأغذية مثل البلح والتمر والحبة السوداء والرطب والرمان والعسل والحناء وكثير من الأغذية التى تستخدم لعلاج العديد من الأمراض.

#### الطب الوقائى النبوى

ويتحقق عن طريق الطهارة وحسن الرضوء والنظافة الجسمية للوقاية من الأمراض مما يزيل الطفيليات المرضية المخمرة والتعفنات الضارة بالصحة وذلك لأن المعدة والأمعاء هما منشأ أمراض الجهاز الهضمى<sup>(١)</sup>.

وتعتبر الحجامة من أنواع الطب وهى دواء شعبى عند العرب منذ أيام الجاهلية ولا يزال يستعمل شعبياً حتى يومنا هذا، ولقد أقر الرسول العربى قومه على المعالجة بالحجامة واحتجم عليه الصلاة والسلام ونبه إلى أن الأدوية الشعبية الشائعة ينبغى ألا يبالغ فيها وأن تستعمل لدى موافقتها الداء أى لدى وجود استطباب لها.

ويعتبر الكى من أنواع الطب النبوى ولقد أكثر العرب قبل الإسلام من استعمال الكى كواسطة علاجية ولا سيما من قبل الأعراب سكان البادية، حيث يندر الأطباء والأدوية ومن المتوقع عندما تفشل الأدوية المجدية أو يفقد الدواء الناجح، أن يسعى المريض هو ذوره للتخلص من مرضه، وأن يتقبلوا أى وسيلة، ولو كانت مشكوكة النتائج ولو كانت مؤلمة كالكى بالنار<sup>(٢)</sup>.

(١) محمد سعيد السيوطى، معجزات فى الطب للنبي عليه الصلاة والسلام، بيروت، مؤسسة الرسالة، ١٩٨٣، ص ٣٣.

(٢) محمود ناظم النسيمة، مرجع سابق، ص ٩٣، ص ١٠٧.

## رابعاً - خصائص الطب الإسلامى وأسسـه :

١ - الإسلام أول دين يأتى بنظرية علمية وواقعية عن مفهوم المرض ويعترف بالطب والأطباء والدواء. فقبل الإسلام كانت الفكرة السائدة فى العالم أن المرض شيطان يدخل جسم الإنسان عقاباً له على معصية ارتكبها فى حق الآلهة وأن السبيل الوحيد للشفاء هو صلاة الغفران لكى تطرد الشيطان فإذا لم يشف المرض فمعنى ذلك أن إيمانه ما يزال ضعيفاً وكانت الكنيسة فى القرون الوسطى تمنع الناس من التداوى وتحارب العلماء وتحرق كتبهم أو تضعهم على الخوازيق بتهمة السحر والشعوذة وتحدى إرادة الله.

فلننظر الآن إلى تعاليم الإسلام فى هذا المجال:

فعندما هاجر الرسول ﷺ إلى المدينة جاءته أسر المرضى يطلبون لهم استدعوا له الطبيب، فيتعجبون ويقولون أنت تقول ذلك يا رسول الله فيقول: تداووا عباد الله... فإن الله تعالى لم ينزل داء إلا أنزل له الدواء<sup>(١)</sup>. وكان من هدية ﷺ فعل التداوى فى نفسه، والأمر به لمن أصابه مرض من أهله وأصحابه ولم يكن من هدية ولا هدى أصحابه استعمال هذه الأدوية المركبة، فمتى أمكن العلاج بالأدوية البسيطة لا يعدل عنها إلى المركب وكل داء قدر على دفعه بالأغذية والحمية ولم يحاول دفعه بالأدوية، ولم يكن من هدية الولع بسقى الأدوية فإن الدواء إذا لم يجد فى البدن داء يحلله، أو وجد داء لا يوافقه، أو وجد ما يوافقه فزادت كميته عليه أو كيفته، تشبث بالصحة وعبث بها<sup>(٢)</sup>.

٢ - ومن أفضال الإسلام على الطب أنه قد نقى هذه المهنة من الخرافات التى كانت عالقة بها والتى كانت تصاحب العلاج بمثل وضع التمايم من رؤوس الحيوانات ومثل الوشم وقراءة الطالع والنجوم وزجر الطير والاستفهام والازلام وضرب القداح وفى هذه يقول ﷺ «لا عدوى ولا هامة ولا طيور ولا حفر»<sup>(٣)</sup>.

(١) أحمد شوقى الفنجرى، فضل الإسلام على الطب، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، أبحاث ومؤتمرات العدد الأول، ١٩٨٣، ص ٦٠٣.

(٢) أحمد بن يوسف التبغاشى، الشفا فى الطب، دار المعرفة - بيروت ١٩٨٠م، ص ٩.

(٣) أحمد شوقى الفنجرى، المرجع السابق، ص ٦٠٤.

وقد جرد الإسلام علم الطب من الخرافات، والتعاويز السحرية فى دفع الأمراض ووضع الأسس الأولية التى تصلح لدفع جميع الأمراض البدنية، ولا توجد آية فى القرآن الكريم تشير إلى اللجوء إلى الرقى، والتعويزات لدفع الأمراض<sup>(١)</sup>.

٣ - وقد وضع الإسلام أول قانون عرفته الإنسانية لحماية مهنة الطب من المشعوذين وأدعياء الطب فى ذلك يقول رسول الله. «من تطب ولم يعلم منه طب قبل ذلك فهو ضامن».

ومعنى تطب أى عالج ودواى ومعنى الضامن أى أنه مسئول خطئه فهذا الحديث نص صريح على ما يعرف فى عصرنا بالإجازة الطبية والشهادة الطبية كما أن فيه تحديداً صريحاً عن مسئولية الخطأ المهني<sup>(٢)</sup>.

وقد قال الرسول ﷺ من طب ولم يعلم منه طب، فهو ضامن، أى مطالب بما يحدث من ضرر بالمريض، وفى هذا الحديث احتياط وتحذير للناس وحكم على من عمل طبيباً لم يكن من أهلة، فقتل بما ادعى من طب، فلا مجال فى الإسلام الدجال أو ساحر أو زاعم.

والإسلام حريص على مبدأ عدم التعويل إلا على الأسباب المعروفة وكل التمانم ليس لها تأثير فى جنب نفع أو دفع ضرر<sup>(٣)</sup>.

٤ - وقد شجع الإسلام الطبيب المسلم على التخصص الدقيق فى مهنته فقد كان الرسول ﷺ إذا رأى أكثر من طبيب يزور مريضاً يقول لهم: «أيكم أطب بهذا» ومعناه: أيكم أكثر دراية وتخصصاً بهذا المرض فهو المقدم فى العلاج.

٥ - وقد أعلن الإسلام حقيقة علمية خطيرة: وهى أن كل مرض فى هذه الدنيا له علاج يشفه إلا داءً واحداً وهو الهرم أى كبر السن وأنه إذا كانت هناك

(١) أحمد بن يوسف النباشى، المرجع السابق، ص ٥٢.

(٢) أحمد شوقى الفنجرى، مرجع سابق، ص ٦٠٤.

(٣) أحمد بن يوسف النباشى، مرجع سابق، ص ٩.



أمراض لا نعرف لها دواء اليوم فذلك راجع إلى قصور في علمنا وأن علينا أن نجتهد ونبحث حتى نجد العلاج الشافى وفى ذلك يقول ﷺ «إن الله لم ينزل داء إلا له دواء علمه من علم وجهله من جهل فإذا أصيب دواء الداء برأ المرض بإذن الله»<sup>(١)</sup>.

٦ - الإسلام أمر بالنظافة الشخصية كوسيلة للوقاية الصحية واعتبرها مكملة للإيمان «النظافة شطر الإيمان» ونعنى أن تكون النظافة نوعاً من التواضع لله والتقرب إليه<sup>(٢)</sup>.

وتلك النظافة التى هى نصف الإيمان، تعتبر مبدأ من المبادئ الإسلامية فى الإسلام، لقد خلق الله العالم وأحاطه بالجمال، وعلى الناس أن يسكنوا ذلك الجمال من خلال النظافة والهيئة الحسنة وشجع القرآن المسلمين على اكتساب العادة الصحية الحسنة<sup>(٣)</sup>.

٧ - وبفضل تعاليم الإسلام اكتشف علماء المسلمون أول تحذير فى الجراحة، فقبل الإسلام كانوا يستعملون الخمر.. ثم جاء المسلمون إلى الرسول يسألونه عن اخمر كدواء فقال ﷺ إنها داء وليست دواء»<sup>(٤)</sup>.

وكان هديه ﷺ منع التداوى بالمحرمات وفى صحيح مسلم عن طارق بن سويد أنه سأل النبى ﷺ عن الخمر، فنهاه أو كره أن يصفها فقال: ليس بدواء، ولكنه داء. وإن أمر التداوى بالمحرمات قضية خطيرة وهى ليست قاصرة على عدد قليل من العقاقير الطبية، لكن المشكلة أن التداوى بالمحرمات بالنسبة لكثير من الأمراض النفسية، وبعض الأمراض العضوية قد أصبح شائعاً لدرجة خطيرة، وكثرت أنواع هذه المحرمات من مشروبات كحولية ومشتقاتها ومخدرات، وكثير من المواد الطبيعية والكيميائية التى تفرزها مصانع الأدوية الآن<sup>(٥)</sup>.

(١) أحمد شوقى الفنجرى، مرجع سابق، ص ٦٤.

(٢) المرجع السابق، ص ٦٠٤.

(٣) عائدة البناء، مرجع سابق، ص ١٦.

(٤) أحمد شوقى الفنجرى، مرجع سابق، ص ٦٠٥.

(٥) أحمد بن يوسف النبغاشى، مرجع سابق، ص ١٣.

٨ - الإسلام أول من شار إلى الحجر الصحي قبل أن تعرفه الإنسانية وفي ذلك يقول رسول الله «لا يورد ممرض على مصح» ومعنى الحديث أنه لا يجوز أن يختلط المريض بمرض معد «بمرض» بالأصحاء بل ينبغي أن يعزل عنهم حتى لا ينقل لهم العدوى<sup>(١)</sup>.

وكان من هديه ﷺ ترسيخ قانون الحجر الصحي والوقاية، فقد جاء في الصحيحين أن رسول الله ﷺ قال: «الطاعون رجس أرسله الله على طائفة من بنى إسرائيل، أو على من كان فيكم، فإذا سمعتم به بأرض فلا تدخلوا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها فرار منه».

٩ - وكان من هديه ﷺ علاج مرض القلوب، وهو ما يسمى اليوم بالأمراض النفسية، أو العصبية كالخوف والشك والقلق، ضعف الذاكرة وانحسار القدرة على التفكير وهذا ما كان يسميه القدماء طب القلوب وقد اهتموا به كثيراً، وربطوا بين علل القلب والبدن، أى العلاقة بين الأمراض النفسية والأمراض العضوية، وهى علاقة وطيدة، أصبحت بديهية فى علوم الطب الحديث<sup>(٢)</sup>.

١٠ - وقد جاء الإسلام بأوامر محددة وقاطعة تسير أحداث النظريات العلمية فى القضاء على بعض الأمراض المستوطنة.

فمن المعروف أن مرض البلهارسيا ينتقل إلى الناس عندما يبول المريض فى الماء وخاصة الماء الراكد وإنما لو منعنا المريض من التبول فى الماء لقضينا على المرض وهذه حقيقة علمية لم تكن معروفة إلا فى القرن التاسع عشر.

١١ - وقد جاء الإسلام بأوامر واضحة فى علم الوراثة. فبين أن بعض العاهات الجسيمة تنتقل من جيل إلى جيل، وفى ذلك يقول رسول الله ﷺ «تخبروا لنطفكم فإن العرق دساس»<sup>(٣)</sup>.

(١) المرجع السابق، ص ١٢ - ١٤.

(٢) المرجع السابق، ص ١٢ - ١٤.

(٣) أحمد شوقى الفنجرى، مرجع سابق، ص ٦٠٦.

١٢- طب المسنين أنه بفضل تعاليم الإسلام فى احترام الشيخوخة ورعايتها فقد عكف أطباء المسلمين على ابتكار طب المسنين وكان أول من أشار إلى ذلك ابن سينا فى كتابه القانون، وكان فى المستشفيات الإسلامية قسم خاص بكبار السن كتب عليه «واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيراً»<sup>(١)</sup>.

١٣- وكان من هديه عليه الصلاة والسلام أنه كان يسأل المريض عن شكواه، وكيف يجده ويسأله عما يشتهي، ويضع يده على جبهته، ويدعوا له ويصف له ما ينفعه فى علته وربما توضع يده على المريض من وضوئه وربما كان يقول للمريض «لا بأس عليك، طهوراً إن شاء الله تعالى» وهذا من كمال اللطف وحسن العلاج والتدبير.

١٤- وكان من هديه ﷺ الاحتماء من التهمة، وعدم الإسراف فى الأكل، فقال النبى ﷺ ما ملأ آدمى وعاء شراً من بطنه، بحسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لا بد فاعلاً «فثلث لطعامه وثلث لشرابه وثلث لنفسه»<sup>(٢)</sup>.

#### خامساً - معايير الطب الإسلامى :

على الرغم من أن الطب الإسلامى قد يضم كل وسائل الطب الحديث إلا أنه يتميز بمعايير خاصة به من أهم هذه المعايير:

- ١ - أنه طب رائد ومتميز على أشكال فنون الشفاء الأخرى.
- ٢ - أنه طب يركز على الإيمان والأخلاقيات السماوية.
- ٣ - أنه طب موجه وهادف.
- ٤ - أنه طب شامل يهتم بالجسد والروح ويهتم بالفرد والمجتمع.
- ٥ - أنه طب كونه يحاول الاستفادة من كل المصادر النافعة ويقدم خدمات للبشرية جمعاء وأخيراً وليس آخراً أنه طب علمى.

إن مزج التعاليم الإسلامية بالتقدم التقنى الحالى والذى تفره التعاليم الإسلامية لينتج خليطاً فريداً من فنون الشفاء التى ينطبق عليها قانون الطب

(١) محمود ناظم النسيى، مرجع سابق، ص ٣٧٠.

(٢) أحمد بن يوسف التبغاشى، مرجع سابق، ص ١٥١.

الإسلامي ليصبح طباً حديثاً ومتقدماً للغاية، مع توافقه التام مع التعاليم واغداية السماوية، وإن تأكيد الإسلام على أن لكل داء دواء وأن علينا أن نسعى لاكتشافه هو الحافز القوي الذي يحثنا على الدراسة والبحث من أجل تحقيق تقدم لا نظير له<sup>(١)</sup>.

وعلى هذا النهج من القيم الإسلامية تكونت المعايير الطبية التي يجب على كل طالب علم أو طبيب الالتزام بها لكي يكون هناك التزاما بالقواعد المهنية في مزاولة الطب.

وقد أرشدنا نبينا الكريم إلى هذه القواعد والآداب عندما أشرق نور الإسلام وأزال ظلمات الجهل وقد سبق علماء عصره في التنبيه إلى هذه المعايير، ونحن نرى الآن النقابات الطبية والجماعات التي تنظم هذا المجال الطبي وتدعوا إلى الالتزام به، وقبل التعرف على المعايير الحالية المزاولة مهنة الطب يجب أولاً أن نذكر المنبع الأصلي لهذه المعايير وهي توجيهات النبي العربي محمد ﷺ.

ففي بداية عهد الدولة الإسلامية كان الطبيب يكتفى لممارسة المهنة بالدراسة على أيدي أحد الأطباء النابغين في عصره حتى إذا وجد في نفسه القدرة على مزاولة الطب زوالها بدون قيد أو شرط ولكن الرسول وضع الضوابط اللازمة لمزاولة هذه المهنة وحرم مزاولتها إلا على اللذين درسوا فنونها، فقد روى أنه عندما جاء وفد من مدينة نجران إلى رسول الله وحضر معهم طبيبهم الشمردل بن قباب الذي قال: يا رسول الله بأبي أنت وأمي، وإنني كنت الكاهن والطبيب لقومي في الجاهلية فما يحل لي؟ قال رسول الإنسانية «فصد العرق ومجسه الطعنة إن اضطررت وعليك بالسنة، ولا تداوى أحداً حتى تعرف داءه».

فقال الشمردل: والذي بعثك بالحق لانت أعلم بالطب مني وأشهد أن لا إله إلا الله وأن محمد رسول الله، وقد أسلم وحسن إسلامه، وهناك العديد من القواعد التي نظمها الرسول لمزاولة الطب نبين أهمها فيما يلي:<sup>(٢)</sup>.

(١) أحمد قاضي، ماهو الطب الإسلامي، جامعة الملك عبد العزيز، قسم الطب الإسلامي، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، صفحة (٥٥).

(٢) مختار سالم، الغداعات الطبية لرسول الإنسانية، مؤسسة المعارف، الطبعة الأولى، صفحة ٢٥٠.

١ - الخبرة الطبية للتشخيص والعلاج: ينصحنا الرسول عند التداوى من الأمراض والإصابات بالرجوع إلى أهل الخبرة والدراية والعلم حيث يقول «نعم يا عباد الله تداووا فإن الله عز وجل لم ينزل داء إلا نزل له شفاء، علمه من علمه، وجهله من جهله»، من خلال هذا الحديث نلاحظ مدى حرص الرسول فى نصح الطبيب بزيادة معرفة الطبية فيما يتعلق بالتشخيص والعلاج، لأن النجاح فى ذلك يؤدى إلى شفاء المريض.

٢ - الاستعانة بالطبيب الأخصائى: من المتفق عليه حالياً، أن الطبيب الممارس العام أقل خبرة ودراية وعلماً من الطبيب الأخصائى فهناك العديد من الأمراض والإصابات التى لا يستطيع الطبيب الممارس العام علاجها ويتطلب الأمر ضرورة عرض المصاب على أحد الأطباء الأخصائيين، حرصاً على سلامة المريض وتوافيراً للوقت والجهد والمال. فقد مضى الزمن الذى يعرف الطبيب فيه كل العلل والأمراض ويتحتم على كل مشغل بالطب التخصص فى أحد مجالاته الواسعة وأن يقيد فى جدول الأخصائيين بنقابة الأباء وإلا تعرض للمسؤولية الطبية ووقع تحت طائلة قانون العقوبات، ولم يعرف العالم كله هذا النوع من التنظيم فى مزاولة مهنة الطب إلا منذ أقل من ربع قرن من الزمان لكن إذا عرف الناس أن رسول الإنسانية قد سبق كل هذه التنظيمات ونصحنا منذ أكثر من (١٤ قرناً) من الزمان بصورة تخصص كل طبيب فى أحد مجالات الطب المختلفة حتى يكون متمكناً من العلاج وخبيراً بأنواع المرض وأساليب العلاج بالفن الذى تخصص فيه لأدركنا جميعاً أن الدين الإسلامى هو أرقى بكثير مما يتصور البعض منا وخاصة أطباء الغرب الذين يعتقدون أنهم جاءوا بكل جديد فى تنظيم مزاولة هذه الطب.

٣ - أهمية الفراسة للطبيب: تتوقف عملية نجاح علاج المريض على مدى ذكاء وعلم الطبيب لأن فراسة الطبيب المسلم من أهم المميزات التى يكتسبها من الإيمان الذى يورث اليقين والثقة بالله فتصبح لديه شفافية خاصة وقدرة على سرعة البديهة وتوقع الحدس، وإيجاد العلاقات المتبادلة بين الأسباب المرضية وبذلك يستطيع استنباط نتائج ملاحظاته من خلال فحص المريض

فتصبح توقعاته سليمة وأسلوبه العلاجى صائباً وهذه من أهم مميزات الطبيب الموهوب، وينصحنا رسول الإنسانية ﷺ فى ذلك بقوله: «إن الله عباداً يعرفون الناس بالتوسم» و «اتقوا فراسة المؤمن فإنه ينظر بعين الله».

٤ - ترخيص مزاولة مهنة الطب: نصحننا الرسول الكريم فى العلاج بضرورة الرجوع إلى أهل الخبرة والعلم بفنون الطب وحذر المدعين والدخلاء على هذا الفن بأنهم لا بد وأن يحتملوا نتائج أعمالهم الضارة وجهلهم بأصول المهنة وقال «من تطيب ولم يعلم منه الطب قبل ذلك فهو ضامن» واكتفى الرسول بتضمين الجاهل والدخيل على مزاولة الطب، ثم ترك لولاة الأمر من المسلمين حق التنظيم والترخيص لمزاولة الطب وأوجب لهم الطاعة فى غير معصية.

٥ - سلوكيات المهنة: هناك العديد من النصوص الإسلامية للآداب واحترام أحكام الشريعة الإسلامية فى مزاولة مهنة الطب، فقد وضع الرسول قواعد محددة لسلوكيات الطبيب عند فحصه وعلاجه للمرأة أو العكس نظراً لتوفر النظر والجلوس ويستثنى من ذلك حالات الضرورة القصوى مثل عدم وجود الطبيبة الأخصائية أو الماهرة فى مستوى الطبيب الأخصائى أو فى حالات إسعاف الطوارئ كل لك فى إطار تعاليم الإسلام التى تقتضى بضرورة وجود محرم، فقد كان الرسول يخير المرأة المتطوعة للمريض فى غزواته بين أن تكون رفقة نساء قومها وبين أن تكون فى رفقة أم المؤمنين التى وقعت القرعة على خروجها معه.

بعد أن وضع الرسول مبادئ وسلوكيات مهنة الطب استطاع أطباء الحضارة العربية الإسلامية المحافظة عليها ويظهر واضحاً فى تمسك رئيس أطباء مصر على بن رضوان بهذه التعاليم النبوية وحدد على ضوئها الشروط التى يجب توافرها فى كل من يمارس مهنة الطب وهى سبعة شروط كما يلى:

١ - أن يكون تام الخلق صحيح الأعضاء حسن الذكاء جيد الرؤية عاقلاً.

٢ - أن يكون حسن الملبس طيب الرائحة، نظيف الثوب والبدن.

٣ - أن يكون كتوماً لأسرار المرضى لا ييوح بشئ من أمراضهم.

- ٤ - أن تكون رغبته فى إبراء المرضى أكثر من رغبته فيما يليه من الأجرة ورغبته فى علاج الفقراء أكثر من رغبته فى علاج الأغنياء.
- ٥ - أن يكون حريصاً على التعليم والمبالغة فى منافع الناس.
- ٦ - أن يكون سليم القلب عفيف النظر صادق اللهجة لا يخطر بباله شئ من أمور النساء والأموال التى شاهدها فى منازل الأعداء فضلاً عن أن يتعرض إلى شئ منها.
- ٧ - أن يكون مأموناً، ثقة على الأرواح والأموال ولا يصف دواءً قتالاً لا يعلمه ولا دواء يسقط الأجنة ويعالج عدوه بنيه صادقة كما يعالج حبيه<sup>(١)</sup>.

وما زال الأطباء العرب يسرون على هذا النهج الذى وصفه لهم رسول البشرية محمد ﷺ، فهناك معايير دينية عليها الأطباء فى مزاولة مهنتهم المقدسة، ومن أهم هذه المعايير:

- ١ - الدوافع: أن أول واجبات الطبيب هو واجبه نحو مرضاه ومن ثم فإن لصحة المرضى الأولوية فوق كل الاعتبارات الأخرى كالدين واللون والجنس والطبقة والسياسة<sup>(٢)</sup>. وكذلك المشاعر الشخصية ولا ينبغى للطبيب أن يتأثر بأى دافع لتحقيق منفعة، إن ممارسة الطب يجب أن لا تكون مسألة جمع مال فقط بل يجب أن يكون الدافع الوحيد هو شفاء المريض وينبغى للطبيب أن يحتفظ بالاحترام الكامل للحياة الإنسانية وكرامته، وقال تعالى: «من قتل نفساً بغير نفس أو فساد فى الأرض فكأنما قتل الناس جميعاً ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعاً»، وقال رسول الله «لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه»<sup>(٣)</sup>.

- ٢ - المسؤولية: إن مسؤولية الطبيب مسؤولية جسيمة لأنه يتعامل فى كل الأوقات مع أرواح الناس وحياتهم والتى تعتبر بالطبع شيئاً مقدساً ويجب

(١) مختار سالم، المرجع السابق، ص ٢٥١.

(٢) حسام جاريبو، نظام إسلامى فى آداب الطب، جامعة الملك عبد العزيز، قسم الطب الإسلامى، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، صفحة ٥٥٤.

(٣) حسام جاريبو، المرجع السابق، ص ٥٥٥.

على الطبيب أن يكون على مستوى المسؤولية تجاه مرضاه ويكون موضوع الثقة التى وضعها فيه المرضى، ومن أجل هذا فإن على الطبيب الإخلاص بالكامل وتسخير كل وقته وعلمه وعليه مسؤولية بذل أقصى جهد فى سبيل شفاء المريض من أجل تحقيق النتيجة المرجوة.

٣ - المعرفة: يجب على الطبيب فى كل الأوقات: أن يعمل على تحسين مستواه فى فن الطب وعلومه وأن استمرار التعليم الطبى لا بد أن يشغل جزءاً من برنامج الطبيب اليومى إذ أنها الوسيلة التى سوف تعطى الطبيب إحساساً صادقاً بأنه يفعل ما فى وسعه من أجل المريض، قال تعالى: «وقل رب زدنى علماً».

٤ - حسن الخلق: لا بد للطبيب دائماً أن يكون كريماً شغوفاً لطيفاً طيب القلب فى معاملته للمرضى وينبغى له دائماً أن يتصرف بحكمة ودقة تجاه مرضاه وعليه أن يكون شغوفاً مشاركاً لهم فى إحساسهم ومعبراً عن مشاركته لهم إذا ما استدعت هذه بعض الظروف الخاصة إذ أن هذا من شأنه أن يخلق جواً من الثقة والراحة وسوف يؤدى هذا إلى التوصل للممارسة العلاج الصحيح، والإسلام يدعو إلى الكرم والشفقة والرحمة بين المسلمين فى كل الأوقات قال تعالى: «يا أيها الذين آمنوا اتقوا الله وقلوا قولا سديداً».

٥ - التواضع: لا بد للطبيب أن يكون متواضعاً لأنه يعلم تماماً أن ثقافته الطبية ليست دائماً مكتملة أو كافية وهذا التواضع من شأنه أن يجعله يتقبل التعليم من غيره من الزملاء حتى لو كانوا أحدث منه سناً. والقرآن يعلمنا التواضع فى كل مجالات الحياة، «وعباد الرحمن الذين يمشون على الأرض هونا».

٦ - والطبيب لا يستطيع أن يحقق الشفاء فى كل الأحوال، ولكن عليه فى كل الأوقات أن يعطى مرضاه الأمل ويخفف عنه آلامهم سواء كانت عقلية أو جسمانية ويجب عليه أن لا يؤذى مريضه حتى من خلال محاولاته علاج مرضه. وعندما كان الرسول يزور مريضاً كان يدعو الله قائلاً «اللهم يارب الناس اشفه فأنت الشافى لا شفاء إلا شفاؤك شفاء لا يغادر سقماً».



٧ - لا يجوز للطبيب أن يستغل منصبه وماله من امتيازات من أجل منافع شخصية.

٨ - الطبيب يجب عليه أن يحتفظ بالسرية المطلقة لكل ما يعرفه عن المريض احتراماً للثقة الموضوعة فيه وللقرآن أحكام مشددة فى مبدأ الأمانة «إن الله يأمركم أن تؤدوا الأمانات إلى أهلها».

٩ - وعلى الطبيب أن يحذر الوقوع فى علاقات عاطفة مع مرضاه والتي قد يتسبب فيها المريض نفسه وعليه أن يتحكم فى جميع مشاعره العاطفية والجسمية إذا لم يستطع ذلك، وفى حالة ما إذا أصبح المريض متعلقاً به فإن الواجب فى هذه الحالة أن يدع المريض تحت رعاية أحد زملائه.

١٠ - أن الاجهاض ممنوع ويستثنى من ذلك الاجهاض العلاجى إذا كان هو الوسيلة الوحيدة لإنقاذ حياة الأم «ولا تقتلوا أولادكم خشية إملاق نحن نرزقكم وإياكم».

١١ - القتل من أجل تخفيف آلام المريض غير مشروع والطبيب فى محاولاته لتخفيف من آلام المريض المصاب بمرض قاتل لا يرجى الشفاء منه قد يضطر إلى استخدام بعض العقاقير المسكنة للألم وهو يتبع المبادئ الأساسية لآداب الطب وهى التخفيف عن آلام «ولا تقتلوا النفس التى حرم الله إلا بالحق».

١٢ - الرقى: إن الالتجاء لله لكفى يزيل مرض شخص ما أمر مشروع ولكن ممارسة أعمال شيطانية والإيمان بمعتقدات خرافية وكذلك التطير كل ذلك محرم بالتأكيد ولقد نهى الرسول نهياً قطعياً عن مثل هذه الأشياء ولو أن الطب النفسى أو العادى عجز عن تحقيق شفاء المريض المصاب بمرض غير معروف فعلىنا الالتجاء لله سبحانه وتعالى وسؤاله شفاء هذا المريض.

١٣ - التدريس: على الطبيب أن يكون دائماً على استعداد لتعليم زملائه الأحداث منه تخرجاً وكذلك طلبه الطب فيدرس لهم كل ما يعلم ولا يخفى عنهم أى معرفة خاصة أو تركيبه معينه لعقار ما أو طريقة جراحية حديثة

وإن أحسن مرجع فى هذا هو حياة الرسول الذى كان مكرساً حياته لتعليم بنى الإنسان وإرشادهم إلى الطريق المستقيم.

١٤ - إن حجب المعلومات عن المريض أو الكذب عليه وذلك فى حالة إصابته بمرض قاتل مثل السرطان لا يعتبر إثماً ويمكن إخبار أقاربه المقربين بحقيقة المرض ويمكن إخباره إذ أصر على معرفة حقيقة مرضه وذلك فى حالة ما إذا رأى الطبيب أن بعض المعلومات لن تسبب له ضرر.

١٥ - يجب على الطبيب أن يتعد عن أى نوع من أنواع الدعاية الشخصية ولو أن شيئاً من الدعاية لازم الطبيب المبتدئ خاصة فى بعض مناطق معينة ولكن يجب أن تكون هذه الدعاية ذكية متواضعة.

١٦ - الشهادة: يجب أن تكون شهادة الطبيب صادقة ويجب عليه أن يتحقق بنفسه مما سوف يشهد به.

١٧ - يجب أن يعمل الأطباء من أجل الصالح العام حتى لو كان هذا متعارضاً مع مصالحهم الشخصية فعلى سبيل المثال يجب أن يسعى الأطباء لمنع الأمراض وإن نتج عن هذا قلة مرضاهم وهذا فى الحقيقة نوع من أنواع فعل الخير وإنكار الذات.

١٨ - قد يضطر الطبيب فى بعض الظروف إلى استعمال بعض العقاقير أو مواد أخرى قد حرمها القرآن فى الظروف العادية مثل المواد المخدرة ولكن فى بعض الحالات الخاصة ومن أجل إنقاذ حياة المريض يباح للطبيب استخدام صمام التخزينز لاستبدال صمام قلب الإنسان به، والمواد المخدرة كالعقاقير «إنما حرم عليكم الميت والدم ولحم التخزينز وما أهل به لغير الله فمن اضطر غير باغ ولا عاد فلا إثم عليه».

١٩ - يجب أن يعامل الطبيب زملاءه كما يحب أن يعاملوه ويجب على الأطباء أن يحافظوا على العلاقات الطبية فيما بينهم ويجب على الطبيب أن يتجنب الحديث بسوء عن زملائه وعليه أن يتحاشى أيضاً تعليق أو ملاحظة من شأنها الانقاص من مهارة أو رأى زميل من زملائه.

٢٠- يجب أن تكون حياة الطبيب الشخصية والعامة بعيدة عن الشبهات فيجب عليه أن لا يشارك الطبيب الشخصية والعامة بعيدة عن الشبهات فيجب عليه أن لا يشارك فى أى نشاط لا يتفق مع شرف المهنة وهنا يجب على الطبيب أن يلزم نفسه بالمبادئ العامة للأخلاق كما يدعوا إليها الإسلام<sup>(١)</sup>.

### سادساً - مشروعية الطب الإسلامى :

إن تعاطى الدواء والأخذ بوسائل الطب والصحة موافق للعقل والشرع، أما العقل فلأن فى ذلك جلباً للمنافع ودفعاً للضرر، وأما موافقته للشرع فللأحاديث الكثيرة المتعلقة بالطب النبوى الوقائى أو العلاجى لا تنافى بين التداوى والتوكل على الله والإيمان بقدره سبحانه<sup>(٢)</sup>.

والأدوية أسباب خلقها الله تعالى وسائل للشفاء من الأمراض فالأخذ بها أخذ بسنة الله فى كونه، قال الرسول ﷺ «إن الله لم ينزل داء إلا أنزل له شفاء فتداؤوا». أى لم يحدث الله إلا أحدث له دواء وهذا الحديث يحث على استعمال الأدوية وتعريف بأنها أسباب للشفاء وفيها تنشيط للأطباء والمختصين بالأدوية والمداواة على التدقيق والبحث والتجارب واكتشاف الأدوية للأمراض التى يكتشف لها دواء ناجح وإخراج أدوية أفضل من سابقتها وفيها تقوية لنفس المريض فإن المريض إذا استشعرت نفسه أن لدائه دواء يزيله تعلقته بنفسه بأمل الرجاء وبردت من حرارة اليأس، ومتى قويت معنوياته ذهب توهمه الذى هو عدو ثان بعد المرض ونشطت قوى الدفاع فى أعضائه مما يساعد على سرعة الشفاء بإذن الله. وقد علق النبى البرء بموافقة الدواء للداء بقوله «إذا أصيب دواء الداء براء بأذن الله عز وجل» وهذا قدر زائد على مجرد وجود الدواء، فللأدوية مقادير معينة لتؤثر فى الأدوية الموافقة له وإن زيادة الدواء قد يؤدى إلى ضرر آخر كما أن نقصانه قد لا يفى بمقاومة المرض.

ويعتبر التداوى سنة نبوية ولا تناقض بينه وبين التوكل والإيمان بالقدر أو مع أى شعبة من شعب العقيدة والإيمان فإذا حدث التباس فهو من فهم ناقص أو سقيم فإن الرسول هو المبلغ لشرع ربه قولاً وحالاً.

(١) حسم جاريبو، المصدر السابق، ص ٥٧٧.

(٢)

وإن وصفات الرسول الطبية العديدة تشير أيضاً إلى مشروعية التداوى، كما يشير إلى ذلك إرساله بعض الأطباء إلى بعض أصحابه فعن جابر قال: «بعث الرسول إلى أبى بن كعب طبيباً فقطع منه عرقاً ثم كواه عليه».

وأما ما فعله عليه الصلاة والسلام ففي أحاديث كثيرة منها ما ورد عن ابن عباس «أن الرسول احتجم وهو محرم فى رأسه من شقيقة كانت به»، وعن عروة بن الزبير عن خالته عائشة رضى الله عنها قالت: إن رسول الله قد كثرت أسقامه وكان يقدم عليه أطباء العرب والعجم.

تدل تلك الأحاديث بصورة عامة على أن التداوى سنة ولذا اتفق العلماء على جوازها فى شتى الأمراض وأن عموم الأمر بالتداوى فى بعض الأحاديث يدل على أنه أعلى مرتبة الإباحة<sup>(١)</sup>.

قال تعالى «ولإذا مرضت فهو يشفين» يبين لنا القرآن الكريم أن الشفاء بإرادة الله عز وجل، وإنما جعل الطب وسيلة لتخفيف الآلام وسبباً للشفاء إن كان مقدراً من عند الله، لأن الحق ربط لنا الأسباب بالمسببات فحين أم مريم ابنة عمران أن تهز جذع النخلة لتساقط عليها رطباًجنباً، وعندما بعث بالبراق مع أمين السماء ليركبه أمين الأرض ليلة الإسراء والمعراج كان ذلك ممكناً تماماً بلا وساطة وبدون أى وسيلة، واسقطت النخلة رطبها من نفسها وانتقل محمد ليلة الإسراء والمعراج عبر الأثير بلا عنت ولا قيود.

لذلك فنحن نرى الحقائق ثابتة وكل شئ يسر لما خلق له، حتى يؤكد أن الإسلام هو دين الفطرة وفى قوله تعالى «فيه شفاء للناس» عن غسل النحل حكمة طبية سرمدية عاجلت وعوفى منها يا ذن الله الملايين من البشر<sup>(٢)</sup>.

وفى علاج النبى لبعض الأمراض حكمة نبوية بالغة فقد كان ﷺ يعصب رأسه فى بعض الحالات وهذا ما يفعله الأطباء فى عصرنا من الضغط على بعض الشرايين الموصلة للمخ فيقل الاحتقان ويخفف الصداع، كما كان يوصى باستعمال

(١) محمد ناظم النسمى، مصدر سابق، ص ٨٦.

(٢) السيد الجميل، الإعجاز الطبى فى القرآن، دار النص، ط ١، ص ٢٣٩.

الماء البارد فى الحر وهو ما يعرف اليوم بالكمامادات لتخفيف الحرارة، وكل هذه الأساليب الطبية تشير إلى مشروعية التداوى فى الدين الإسلامى وحث الأطباء على اكتشاف أدوية تساهم فى علاج بعض الأمراض التى لم يتوصل لدواء لها.

### سابعاً - تعقيب :

إذا أردنا حياة صحية سليمة حماية لنا ولأجيالنا من خطر الأمراض فنحن بحاجة إلى الطب الإسلامى والدواء الإسلامى على هدى كتاب الله وسنة رسوله فقد عالج القرآن أهم الأسس والخصائص التى يقوم عليها بناء الصحة المتكامل على مستوى الفرد والجماعة، وحين ننظر للطب من الجانب النبوى نجده قد بدأ رحلته من داخل قلب الإنسان وضميره ثم انتقل إلى البيئة وأفراد المجتمع واهتم بالجوانب العلاجية والوقائية فى إطار منهج متكامل لا يغفل جانباً من الجوانب، رابطاً الصحة بالعبادة.

ورسولنا الكريم ﷺ هو قدوتنا الحسنة فى الحياة وطبه الخالد الذى أرسى قواعد ومعايه يجب أن يظل مناراً لنا فى حياة صحية سليمة.

وفى قوله ﷺ «إن الله لم ينزل داء إلا له شفاء علمه من علم وجهله من جهله» فتح لباب الأمل والرجاء أمام المرضى حيث يستقر فى قلوبهم يقين بأن الدواء موجود وأن الله سبحانه وتعالى قادر على أن ييسر لهم أسباب الشور عليه وأن الاهتمام بالعلاج والتداوى واجب دينى لا يتنافى مع الاتكال على الله .

## الفصل السابع الطب البديل

### المقدمة.

أولاً - تعريف الطب البديل.

ثانياً - فوائد الطب البديل.

ثالثاً - أسباب اللجوء للطب البديل.

رابعاً - التطبيب في الإسلام.



## المقدمة :

على الرغم من التقدم العلمى الكبير فى شتى المجالات، فالعالم كله ينادى بالعودة إلى الطبيعة واستعمال النباتات الطبيعية كمصدر طبيعى لصناعة الدواء بدلاً من المواد المشيدة كيميائياً بالمختبرات وذلك لأن هذه المكونات الدوائية المشيدة كيميائياً يكون لها تأثيرات جانبية ضارة، وقد لا تكشف هذه الآثار الضارة إلا بعد فترة طويلة من استعمال الدواء والطب البديل (الشعبى) جزء هام من التراث الاجتماعى لأى مجتمع وهو يعبر عن مجموعة من الطرق التقليدية التى توارثها الآباء عن الآباء والأجداد وهو يتميز عن بقية المعتقدات والأفكار بارتباطها بالصحة والمرض مما يجعله محط اهتمام جهات عديدة وقد أوصت المنظمات الدولية - خاصة منظمة الصحة العالمية - بالاهتمام بالطب البديل والممارسات التقليدية لعلاج الأمراض. وتشجع الممارسات المفيدة التى أثبت العلم صحتها، ومحاولة الممارسات التى قد تسبب أضراراً أو مضاعفات صحية لمستخدميها<sup>(١)</sup>.

وأنه حاول الإنسان منذ الفجر التاريخ أن يعالج أمراضه باستخدام الوصفات الشعبية عن طريق ما يتوفر فى بيئته من أعشاب ونباتات لها مفعولها طبى. وتتوارث المجتمعات المختلفة العديد من الوصفات والطرق التقليدية للشفاء ولبعض هذه الطرق جذور عميقة إلى حضارات قديمة مثل الحضارة الصينية والفرعونية وحضارة الإغريق والرومان وإن الطب الشعبى من أكثر المجالات التى لها صلة وثيقة بالتراث الشعبى لمجتمع<sup>(٢)</sup>.

ولقد قمنا فى هذا الفصل بوضع تعريف البديل وأيضاً كيف كانت نشأة الطب البديل مع تحديد أنواعه. وهذا بالإضافة حيث أننا قمنا بمقارنة بين الطب الحديث والطب البديل وما مدى شعبية الطب البديل (الشعبى) وانتشاره فى كثير من الأوساط الاجتماعية وأيضاً مع تحديد مكانه الطب البديل فى المجتمعات.

(١) سعيد الغامدى، التراث الشعبى فى القرية والمدينة، السعودية، مرجع سابق ص ٤٥.

(٢) سحر محمد عبد الله ركن، الطب الشعبى فى المجتمع السعودى، الطبعة الأولى،

١٤١٨هـ، ص ٢٣.



## أولاً - تعريف الطب البديل :

هو مجموعة من الممارسات الطبية، التي تعتمد لشفاء المرضى على أمور ثلاثة:

- ١ - حب القدرات النفسية والجسدية والروحية لدى المريض تلك القدرات التي هجت أو اضطربت أو بدلت بسبب الحالة المرضية الطارئة، ويتم ذلك باللجوء إلى الرياضة والنوم الهادئ والاسترخاء والتركيز الفكرى.
- ٢ - اللجوء إلى وسائل الطبيعة البكر (الحمام) كمعالجات للحالة كالشمس، والهواء والماء والأعشاب.
- ٣ - الاستفادة من الطب الشعبى التقليدى فى بلاد العالم المختلفة كالوجز بالإبر، والكى والحجامة<sup>(١)</sup>.

هناك من عرف الطب البديل على أنه الطريق المستخدمة فى علاج الأمراض والتي تعتمد بشكل عام على الخبرة المحلية المتوارثة فى الغالب وأهم الوسائل فى هذا النوع من الطب هى الأعشاب والنباتات والمواد غير الكيماوية والعلاج الدينى<sup>(٢)</sup> وهناك أيضاً من عرفه على أنه معتقدات وسلوك الناس نحو المرض والأفكار السائدة حوله ومسبباته وردود الأفعال التي تبذل سلوكهم وتصرفاتهم لمواجهة ذلك خارج نطاق الطب الحديث<sup>(٣)</sup>.

أما (منير البلعكى) يعرف الطب الشعبى أو البديل بأنه معالجه الأمراض بطرائق تقليدية أو مكتسبة عن طريق الخبرات المتوارثة جيلاً بعد جيل لا بطرائق علمية أو مكتسبة عن طريق الدراسة فى كليات الطب<sup>(٤)</sup>.

فالطب البديل لا يشمل العلاج بالأعشاب فقط فى حين أن دراستنا تشمل الأنواع المختلفة من العلاج البديل مثل الكى - الحجامة - العلاج بالقرآن وغيرها.

- (١) د. توفيق الحاج، الطب البديل، دار الفكر، ط ١، ١٩٩٥ ص ١٣.
- (٢) زبيدة إشكانى وآخرون، مجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد ٥٥، ١٩٩٦، ص ٣٥.
- (٣) فوزى عبد الرضا، دراسة أنثروبولوجية للممارسات الشعبية - جامعة عين شمس ١٩٨٤ ص ١٠٢.
- (٤) منير البلعكى، موسوعة المورد، بيروت، دار العلم للملايين ١٩٨٣ ص ١٤٧.

## نشأته :

أثبت معظم كتب التاريخ والعلوم أن الفراعنة من أوائل شعوب العالم التي عرفت الوصفات العلاجية وتركيب العقاقير الطبية من الأعشاب واستعمال الحقن الشرجية والغسولات واللبخات وعرفت الخواص العلاجية للنباتات والأعشاب التي كانوا يعالجون بها الأمراض المختلفة بنجاح عظيم لدرجة أنهم نجحوا في علاج بعض الحالات المرضية التي لم تتوصل العلوم الحديثة إليها إلا بعد عدة بحوث ودراسات علمية مضيئة.

كما أن المؤرخ اليوناني القديم «هيرودوت» يؤكد في كتاباته أن علوم الطب نشأت في مصر وتفرع منها إلى ما جاورها وأن أصل الطب ومنبعه هو الحضارة الطبية الفرعونية وبذلك يكون التاريخ قد أثبت أن أقدم ما كتب في العلوم الطبية هو ما سجله قدماء المصريون<sup>(١)</sup>.

وقد ثبتت الوقائع التاريخية أن سكان حضارة وادي الرافدين قد استعملوا الأعشاب وحشائش الأرض «الطب البديل» لعلاج العديد من الأمراض وذلك قبل الميلاد حيث كشف العديد من صحائف الطين المفخور مع الآثار، وقد سجل همورابي في شريعته والتي يعود تاريخها إلى ألفى عام قبل الميلاد والتي تحفل بالقوانين الاجتماعية والاقتصادية على إحدى عشر مادة تخص العلاج والطب وأسماء العقاقير والوصفات العلاجية<sup>(٢)</sup>.

## ثانياً - فوائد الطب البديل :

إن للطب البديل (الطب الشعبي) فوائد عظيمة ولقد أثبتتها التجارب العلمية منها:

١ - إن هناك كثير من الحالات المرضية التي يصعب معها استخدام العقاقير الكيميائية خوفاً من تدهور حالة المريض وإصابة بأعراض جانبية ضارة ولذلك يفضل بعض الأطباء استعمال أسلوب العلاج بالأعشاب الطبية الذي أثبت فاعلية في علاج مثل هذه الحالات.

(١) مختار سالم، أعشاب ولكنها دواء، دار المريخ - ١٤٠٧ ص ٣٧.

(٢) لطفى خورى، مجلة التراث الشعبي دار الجاحظ ١٩٨٢ ص ٦٣.

٢ - وأيضاً ضرورة الاستفادة ما أمكن وبصورة أكثر شمولية من الإمكانيات الطبية الطبيعية التى وهبها الله لبشرية فى ذلك الكون التى تمثل فى الأعشاب والنباتات الطبيعية والمياة المعدنية وأشعة الشمس والظمى والرمال والعيون الكبريتية وغير ذلك من النواحي الطبيعية التى هى ضماناً بإذن الله من المواد الكيميائية التى يصنعها الإنسان<sup>(١)</sup>.

٣ - وأيضاً أن هناك عدة تجارب رائدة فى كثير من الدول لكشف أسرار الطب البديل وأسلوب استعمال مواد العطارة الطبية والنباتية بغرض توجيه العاملين فى مجال الطب البديل بأسلوب علمى عن طريق بث الروح الرفض والأفكار للوصفات العلاجية التى لا يؤذيها الطب الحديث تدعيم الوصفات التى يجد فيها خبراء والطب والصيدلة الفاعلية فى علاج الأساس فى هذا الترجية يعتمد على التجربة الدقيقة والاختبارات الصحيحة تجنب الأعشاب والمواد الضارة<sup>(٢)</sup>.

وبالإضافة إلى الإفادة من الطب البديل أن لكل بلد فى العالم طباً شعبياً تقليدياً متوارثاً منذ القدم جيلاً بعد جيل حيث أخذ عن التجربة والممارسة ويعتمد الممارسون له فى تطيب المرضى طرقاً فنية أو غير فنية وأدوية طبيعية نباتية أو حيوانية وأساليب<sup>(٣)</sup> معللة من وجهة النظر العلمية حالياً وعلى ضوء الثوابت الطبية والتقدم التقنى فى القرن الحالى.

ولما كان كثير من هذه الممارسات قد اختلط بالشعوذة والدجل والغيبات مقابل الكثير أيضاً من الممارسات الجادة التى يقوم بها الأطباء المهتمون والتى حصلوا منها على نتائج مذهلة ومشجعة لشفاء مرضاهم لما كان هذا واقعاً محسوساً فقد عمدت بعض الدول إلى جمع شتات هذه الممارسات وتشكيلها (صياغتها) بشكل طب بديل محلى له كيانه الخاص وحاولت وما زالت إخضاعها الوسائل والاختبارات العلمية فنجحت نجاحاً باهراً وبخاصة بعد أن أبعدتها عن

(١) مختار سالم، مرجع سابق، ص ٣٠.

(٢) فيصل بن محمد عراقى، مرجع سابق، ٦٨.

(٣) فوزى عبد الرضا، دراسة أنثروبولوجية الممارسات الشعبية، جامعة عين شمس، ١٩٨٤، ص ٩٠.

نطاق الشعوذة والدجل وقبلت الكثير منها كمسلحات لشفاء المرضى منذ آلاف السنين، كما قنعت وسائلنا الحالية عن إثبات مفعولها بالمنطق العلمى الذى لا يقبل إلا بالبراهين المادية المحسوسة وضعت لذلك شروطاً منطقية وسليمة هي:

١ - ألا يمارس الطب البديل إلا أطباء ذو خبرة بالطب البديل وأقول ذوى خبرة حيث أن المؤهلات العلمية فى هذا المجال لا زالت غير أسس محددة.

٢ - أن يخضع التطبيب البديل لرقابة رسمية بهدف الحصول على إحصائيات علمية فى المستقبل القريب أو البعيد.

٣ - أن تشكل لجان فنية طبية لدراسة الممارسات التى يمارسها المطيبون الشعبيون فى القرى والمدن والبادية والحضر مهمة هذه اللجان جمع المعلومات وتنقيتها.

وبنتيجة هذه الإجراءات حصلت الدول على المعلومات القيمة وأبعدت الأخطاء والإخطار عن تلك الساحة ولم يعد طبها البديل بمفهوم الكامل محلياً بل وجهت قوى الإعلام فنشرته فى بلاد العالم<sup>(١)</sup>.

وأصبح الطب طباً مرغوباً ومقبولاً من قبل المرضى يعتمد على نظريات وفرضيات مشبعة أو غير مشبعة علمياً على رأس الدول الصين والهند وفرنسا وهولندا وكوريا. ونحن فى الأقطار العربية لدينا هذه الممارسات ما لا يعد ولا يحصى ولا نحتاج إلا إلى جمعها ودراستها بيد خبراء وفنيين من الهيئة الطبية، دراسة علمية بحتة كما فعل غيرنا.

وبالتأكيد سوف نكون أفضل مما سبقونا فإن تراثنا الطبى والحضارى محفوظ فى مجالات وأشعار شهد بقيمتها العالم كله وأقبل الذين وضعوها كالرازى وابن سينا وابن البيطار وغيرهم

لقد مارس هؤلاء الأطباء الطب فى عصورهم ضمن معطياتهم وإمكاناتهم ودفعوا تلك الممارسات بشكل تعليمى نزيه يستحق الاحترام والإجلال حيث ما

(١) الدكتور توفيق الحاج يحيى، مرجع سابق، ص ١٦٠.

زال وكل يوم يقدم لنا العلم الحديث أثبت أن الممارسة الطبية كانت تمارس تجريبياً دون إمكانية إثباتها آنذاك<sup>(١)</sup>.

### ثالثاً - أسباب اللجوء للطب البديل :

#### ١ - الآثار الجانبية للعقاقير الطبية

رحم الله الإمام الشافعى حين قال فى إحدى قصائده:  
لكل داء دواء يستطاب به .: إلا الحماسة أعيت من يداويها  
وهو بيت شعري شهير للإمام رضى الله عنه ينص على أن لكل علة علاجاً  
ولكل مرض طريقاً يشفيه، فيما عدا الحماسة التى لا دواء لها.

ومن المضحك أننا فى القرن الذى نعيش فيه، والذى يعتبر من أزهى وأزهى  
قرون التقدم العلمى التى مرت به البشرية على الإطلاق انعكس معنى ما كان  
يرمى إليه الإمام الشافعى بحيث أصبح (لكل دواء داء لا علاج له) ومن دون شك  
فإن حماسة الإنسان المعاصر هى السبب فى هذا الوضع الجديد<sup>(٢)</sup>.

ولقد بحث الإنسان القديم عن الأدوية فيما حوله من أعشاب ونباتات وما  
يربى من حيوانات وطيور، ثم أخذ يتقن فى تصنيع الدواء من هذه الأشياء الطبيعية  
التى حوله فتارة يستعملها على حالتها، أو يجففها لتصبح مسحوقاً أو يحرقها  
لتكون رماداً أو يخلطها مع بعضها لتكون عجينةً وبهذا توصل إلى الوسائل  
والدهونات واللعوقات والفراغر والقطورات وغيرها<sup>(٣)</sup>.

ومع التقدم الحضارى والتكنولوجى، عبر الحضارات المتتالية، استطاع الإنسان  
بالبحث والتحليل أن يتعرف على العناصر الفعالة فى الأدوية وقياس كميتها ومعرفة  
تأثيرها بل توصل إلى تصنيعها وعمل بدائل كيميائية لمعظمها ودخل التصنيع الكيمائى  
للأدوية مجال العلاج فى كل التخصصات الطبية، وأصبحنا نحصل على الآلاف من  
الأدوية المصنعة بأشكال مختلفة وبأنواع عدة، لعلاج الأمراض<sup>(٤)</sup>.

(١) مختار سالم، أعشاب ولكنها دواء، دار المريخ، ٤٠٧ هـ، ص ٥٠.

(٢) محمد عبد القادر الفقى، البيئة مشاكلها وقضاياها، مكتبة ابن سينا ١٩٩ ص ١٤٥.

(٣) مرجع سابق.

(٤) د. شرف جتانة، الطب والمجتمع، ع ١٨٩٤، الدار القومية للطباعة والنشر.

بالرغم من التقدم العلمى والتكنولوجيا لصناعة الأدوية الطبية الكيميائية التى لها تأثيرات فعالة وسريعة فى الكثير من الأمراض إلا أن تلك الفوائد العلاجية للأدوية الكيميائية تشكل سلاحاً ذو حدين لأن موادها أحياناً كثيرة. فقد أكدت معظم نتائج أبحاث الدول المتقدمة فى الصناعات الدوائية أن الجسم البشرى لا يخلو من التأثيرات الضارة للعقاقير الكيميائية وخاصة عندما يكون للمريض حساسية لدواء معين.

فمثلاً تعاطى قرص الأسبرين وإن كان يساعد على الراحة الوقتية من الصداع إلا أن كثرة تناوله تؤدي إلى نزيف المعدة وكذلك تعاطى قرص النوفالجين الذى يسكن الألم من ناحية نجده يلتهم كرات الدم البيضاء من ناحية أخرى.

كذلك أقراص السلفا التى تستخدم فى القضاء على الجراثيم الموجودة بالجسم أثناء حالات الإصابة بالأمراض نجدها فى نفس الوقت تعمل على تكسير كرات الدم الحمراء وتسبب فقر الدم وتقليل درجة المقاومة الطبيعية بالجسم، وربما تؤدي حدوث اضطرابات الكل والكبد<sup>(١)</sup>.

وإن الأمر لا يقتصر على تلك الجانبية السيئة لأقراص الأسبرين والنوفالجين والسلفا وإنما هناك الكثير من الأدوية الكيميائية التى تسبب حدوث قرحة المعدة واضطرابات الغدد الصماء وتؤدي إلى نسبة السكر فى الدم أو اختزان الأملاح والماء فى الجسم ومن المعروف علمياً أن لجميع الأدوية المضادة للميكروبات لها أضرار جانبية سيئة فى معظم الأحوال

فمثلاً نلاحظ أن الأدوية الكيميائية ربما تشفى الإنسان من مرض خطير ولكنها فى نفس الوقت تصيبه بمرض آخر لأنها مصنعة من مواد غير طبيعية ومما يؤسف له أن كثير من الأدوية المصنعة بطرائق كيميائية أسى استعمالها وأفرط الكثيرون فى استخدامها. متناسين أن لهذه الأدوية آثاراً جانبية شديدة وإن الإفراط فى تناولها يؤدي إلى حدوث مشاكل خطيرة، وبخاصة تأثير الدواء المستمر على الكبد والقلب والكليتين.

(١) د/ أمين رويحة، الطب الشيعى، مرجع سابق ص ١.

لقد قالوا فى الفلسفة: «إن التراكم يؤدى إلى تغير كفى» وهى مقولة تصدق على معظم الأدوية الكيمائية، مما دعا إلى البعض إلى المطالبة بنبذ العلاج الكيمائى والعودة إلى الأعشاب الطبيعية تفادياً للأضرار الناتجة عنها<sup>(١)</sup>.

وفى الواقع فإن جميع الأدوية الكيمائية لها تأثيرات جانبية على المرضى وهناك مضاعفات جانبية أخرى يصعب تمييزها عن تأثيرات العلاج نفسه فعلى سبيل المثال هناك أدوية تؤثر فى الأعصاب للحد من الحمض المعدى وإزالة الآم القرحة لكنها فى الوقت ذاته تؤثر فى أعصاب أخرى مشابهة له فى أماكن أخرى فى الجسم فى أثناء فترة الحمل.

والمثال على ذلك: عقار (أوربرين) الذى أنتجته إحدى شركات الأدوية لعلاج مرض النقرس وتسبب بعد ذلك فى موت أكثر من ١٢٠ شخصاً فى بريطانيا. وهناك أدوية أخرى تبين أنها تحدث تشوهات فى الأطفال إذ تناولتها الأم فى أثناء فترة الحمل.

وإن أغلب تلك الأدوية الكيمائية جرت عليها تجارب طويلة على الحيوانات قبل طرحها وقد أعلن كثير من الباحثين أن السبب فى هذه المآسى يرجع إلى أن نجاح تجارب العقار على الحيوان ليس كافياً لاختلاف الحيوانات عن الإنسان فى نواح كثيرة<sup>(٢)</sup>.

وتحذر هيئات عالمية من الاعتماد بنسبة كبيرة على حيوانات المعامل عند دراسة الآثار الجانبية لعقار ما: فالحيوانات لا تستطيع أن تصرح بما تحس به من أعراض مثل الغثان، والدوار والصداع لأنها لا تقدر على النطق<sup>(٣)</sup>.

ونشجع شركات صناعة العقاقير الطبية على استهلاك الأدوية حتى تحقق أكبر ربح ممكن، بغض النظر عن مخاطر هذه الأدوية.

وهذه الأسباب جعلت الإنسان يعود إلى الطب البدى لأنه يرى أنه هو الحل الأنسب لكثير من الأمراض بعيداً عن الأدوية الكيمائية حيث أن معظم الأمراض

(١) محمد الفقى، التاكل الكيمائى - جمعية البتة الكويتية. ١٩٨٦ ص ٩٥.

(٢) د. زين الدين مقصود، نحو وعى بيئى، مجلة البيئة، الكويت، ١٩٨٦، ص ٩٤.

(٣) مرجع سابق.

قابلة للوقاية لو عرف كل شخص التزاماته الصحيحة نحو دينه وأسرته ودرهم وقاية خير من قنطار علاج وربما يتخيل القارئ أنني أدعو إلى إساءة الظن بهذه الأدوية أو محاربتها وهذا غير صحيح إنما قصدت إظهار الآثار الجانبية للأدوية الكيميائية التي جعلت فئة من المجتمع تعود للطب البديل<sup>(١)</sup>.

## ٢ - تصاعد النفقات :

نفقات المستشفيات المتصاعدة علة يشكو منها الجميع وقد يأتي يوم يندر فيه أن تجدها علة لا تتعرض للانهايار المالي إذا وقع أحد أفرادها فريسة للمرض ويفزع رب العائلة في التفكير، فنفقاته تكاد لا تحتمل، والاتساع في أفق العلوم والاتجاه القوى نحو التخصص يتمثلات في التقدم التنفسي والطبي الذي بات باهظ النفقات حيث أن تلك المستشفيات وأخص الخاصة تطلب مبالغ جداً هائلة مقابل الخدمة التي تقدم وكذلك ارتفاع أسعار الأدوية وعدم ثبات سعرها<sup>(٢)</sup>.

## ٣ - الاعتبارات الأخلاقية :

إن التقنية الحديثة يتيح لنا الاستعاضة عن وظيفة عضو حيوي من أعضاء الجسم بآلات ميكانيكية غير أن توقف هذه الآلات البديلة عن العمل يؤدي إلى نتائج لا تحمد عقباها. فمأساة توقف الآلات البديلة عن العمل أو مخالطتها فيه تفرض التزامات خطيرة على مهندسيها وصانعيها وعلى المستشفى والجراح<sup>(٣)</sup>.

وهناك سابقة تاريخية واحدة توضح ما يجابهه من مشكلات أخلاقية فعند انتشار وباء الشلل يمكن الإبقاء على حياة المصابين بشلل عضلات التنفس لمدة سنوات بواسطة آلة التنفس التي أصبح سلكها الكهربائي بمثابة شريان الحياة لهم وحاجة هؤلاء المرضى إلى العناية المستديمة كانت عبئاً ثقيلاً على المستشفيات، مما اضطرت إدارتها إلى إتخاذ احتياطات دقيقة لحماية هؤلاء المرضى من خطر انقطاع التيار الكهربائي أو توقف آلة التنفس عن العمل مما يجعل حياة الإنسان معلقة بالتيار الكهربائي<sup>(٤)</sup>.

(١) د/ زين الدين مقصود، نحو وعي بيئي، مرجع سابق، ص ٩٥.

(٢) محمد حمد، المجلة الطبية، مرجع سابق، ص ١٩.

(٣) محمد حمد، المجلة الطبية، مرجع سابق، ص ١٩.

(٤) دافيد وتستين، آفاق الطب الحديث، دار الى فاق بيروت ص ٨١.



#### ٤ - قطع المعالجة بشكل مكشوف:

إن قرار قطع المعالجة بشكل مكشوف يتعارض مع المبدأ الذى يمنع قتل المريض عمداً لإنقاذه من الألم. ونحن نرفض الفكرة القائلة أنه يمكن إنهاء حياة لمسن الحرف العاجز بحقن الهواء فى شرايينه. أما ترك المريض يموت لإنقاذه من آلام عن طريق الإمساك عن معالجته، فأمر يسمح به بصفة عامة للمريض المصاب بمرض مزمن قتال، يعطى عادة مسكنات للحفاظ على راحته وهدوئه ومن شأن معالجة كهذه أن تقلل من شهيته للطعام فينشأ عنها ضعف منتهاه يقضى عليه ولكن هناك حالات يمكن فيها الإبقاء على حياة مريض مازال فى مقتبل العمر عن طريق استعمال آلة دائمة. وهنا تكون الصعوبة القصوى فى الاعتبارات الأخلاقية منها لائحة الأفضليات والتمويل المناسب وقرار قطع المعالجة.

بيد أن قرار قطع المعالجة فى الظروف يتوقف على المستقبل المقدر للعديد من المرضى ولتصور آلة دائمة استعملت مع مريض قوى البنية وأبقت عليه حياً إلى أن بلغ من العمر عتياً وبات لايعى ما يدور حوله ولا يستطيع وحده قضاء أبسط حاجاته. فالآلة قد حلت كلياً محل قلبه<sup>(١)</sup>.

وبغض النظر عن حالته المتدهورة، فإنه يستحيل سحب القلب الاصطناعى منه ما دما متمسكين بهذا المبدأ الأخلاقى.

وعندما يصبح فى الإمكان استعمال أجهزة دائمة لا تمنع المريض من التجول والتنقل بها، سنجد أماناً مشكلات. ففي حال القلب المزروع تنشأ مشكلة الترخيص لصاحبه بسوق السيارة والسماح له بمزاولة مهنة من المهن خوفاً من أن ينهار قلبه الاصطناعى فجأة وتعرض حياته للخطر<sup>(٢)</sup>.

#### ٥ - سخط عام على الطريقة التى تسير فيها العناية الطبية:

فالمرضى يشكو من التأخير فى إنقاذهم من الأوجاع، ومن عدم تواجد الأطباء فى كل ساعة ومن الانتظار أحياناً مدة أسابيع حتى يحين الموعد المقرر لمقابلة الطبيب أو للحصول على سرير فى المستشفى واستحالة العثور على مرضة خلال

(١) مرجع سابق.

(٢) دافيد ريتلن، آفاق الحديث، مرجع سابق، ص ٩٠.

فترة النقاها والأسو من هذا كله، يشكو سكان الأحياء الفقيرة من الانتظار فى مستوصفات حقيرة المفروشات والتجهيزات، بينما يدفع الواحد منهم كسب يومه أجرة زيارة واحدة للطبيب، بالإضافة إلى ما يعانونه من أمراض يمكن درؤها.

ولا مجال للإنكار بأن أطباءنا مرهقون بالعمل. فهم يشكون أيضاً من الطلبات غير الضرورية التى تستنزف وقتهم، وتطفى التعقيدات المتزايدة فى مهماتهم وهو يحاولون أن ينقلوا إلى مرضاهم منافع العناية الطبية الحديثة ويشعرون أيضاً بالقلق إزاء التغير الاجتماعى الذى يهدد بتجردهم من كيانهم الاقتصادى كمقاولين<sup>(١)</sup>.

ثم أن المستشفيات مكتظة وتكافح لتوازن ميزانياتها وتبقى أجنحة بكاملة مغلقة فى المستشفيات أو أنها تعمل على مستوى متمدن خطير لعدم توافر العدد الكافى من الموظفين. وتشريح الضمان الطبى الذى يزيل الحاجز الاقتصادى من وجه العناية فى المستشفيات بالمسنين قد ساعد على تضخم الأزمة فلوائح الانتظار لدخول المستشفيات العامة تطول يوماً بعد يوم. وفقدان التسهيلات الطبية الحديثة للعناية بالأمراض المزمنة خارج المستشفيات العام يزيد فى تعذر إخراج المريض الذى لم يعد بحاجة إلى معالجة حثيثة ولكن حياته مازالت متوقفة على العناية اللاحقة المناسبة<sup>(٢)</sup>.

## ٦ - طبيب الإنترنت:

أظهرت دراسة على شريحة واسعة من مستخدمي الإنترنت، خاصة متصفحى الصفحات الطبية، أن لها من الإيجابيات بقدر ما عليها من السلبيات والماخذ وقبل أن نخوض فى تفاصيل هذا الاستنتاج والتقييم إليك نتائج الدراسة بالأرقام:

٩٢٪ قالوا أن صفحات الإنترنت الطبية كانت نافعة لهم.

٨١٪ قالوا إنهم تعلموا شيئاً ما أو استفادوا بعض المعلومات الطبية الجديدة بالنسبة لهم.

٤٧٪ اعترفوا بأن تصفحهم للصفحات الطبية أثر كثيراً فى قراراتهم فى شأن التشخيص والعلاج الطبى.

(١) تهانى حسن الفحام، مجلة أسبوط، مرجع سابق ص ١٦.

(٢) تهانى الفحام، مجلة أسبوط، مرجع سابق ص ١٧.

٣٦٪ اعترفوا بأنهم استعانوا بالإنترنت لوضع وصفات طبية علاجية بأنفسهم ومن دون استشارة الطبيب.

السؤال الذى يتبادر إلى الذهن هنا هو: كيف يتم تشخيص الحالة المرضية، وهل من الممكن وصف علاج من دون كشف طبي وفحص سريري دقيق الربط بين الأعراض التى يصفها المريض وحالته الضمنية؟ وقبل أن نستكمل لا بد من التذكير بأن مبيعات شركات الأدوية والعقاقير ومواد التجميل، خاصة التى تتناول الصلع والقدرات الجنسية والعناية بالبشرة عبر الإنترنت وصلت إلى ما قيمته ٢,٥٪ مليار أمريكى، ومع ذلك فإن نسبة عالية من هؤلاء (المسوقين) عبر الشبكة قالوا إنهم لا يثقون بصفحات الإنترنت الطبية وإنهم غير متأكدين من أنها ستفيدهم.

إذا نحن أمام مسلكيات تتناقض مع الاعتراضات وحالات تتعارض مع المؤلف وهجمه من عالم التقنيات الواقع الافتراضى لا يمكن تجاهلها. ولذلك علينا الحذر فى البحث عن إجابة للسؤال الذى تطرحه هذه الحالة المعضلة، وهو: هل بالإمكان فعلاً أن يعتمد المريض على نفسه وعلى شبكة الإنترنت فى إجراء تشخيص دقيق لحالته ومن تحرير الوصفة الطبية؟

وهل يمكن تحقيق ذلك من خلال الاستعانة بأطباء يجلسون على الطرف الآخر من الشبكة ومن ثم إعفاء المريض من الذهاب إلى عيادة الطبيب؟

وأخيراً من سيكون المسؤول فى حالات خطأ التشخيص أو خطأ الوصفة العلاجية؟ أو حتى الأضرار الجانبية والانعكاسات السلبية فى حال تناول دواء مضر بمريض يعانى من أمراض أخرى كالسكرى أو الضغط أو الشرايين أو القلب؟ وهل من الحكمة والمنطق إلغاء دور الطبيب وترك العلاقة مفتوحة ومباشرة بين شركات تصنيع الأدوية والمريض؟

﴿ما من عاقل يمكن أن يطمئن إلى وصفات الإنترنت وإن كنت لا أمانع فى استخدام تقنيات الشبكة لتسهيل وتسريع الاتصال لأغراض المتابعة بين المريض وطببة الذين يحتفظ بسجله الطبى كاملاً ويكون قد رآه وفحصه سريرياً<sup>(١)</sup>.﴾

(١) إجمان قزاز، مجلة الصدى، العدد ٢٥، ص ١٥٥.

## رابعاً - التطبيب في الإسلام :

هدف التطبيب في الإسلام الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع من الأمراض الجسدية والروحية كي يتسنى نظيفاً سليماً والطب الإسلامي طب وقائي وطب علاجي:

### أ - طب وقائي:

سن الدين الحنيف للإنسان دستوراً سليماً يبقى معه معافى الجسد هادى النفس، وهو دستور الاعتدال فى الحاجات البشرية من غذاء وكساء وملبس ومسكن وقال الرسول ﷺ «من أصبح منكم آمناً فى سريّة، معافى فى جسده عند قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها»<sup>(١)</sup>.

وحرم الإسلام الخبائث كالخمر والميتة ولحم الخنزير وعلى ذلك العلماء قاسوا ذلك فقالوا بتحريم المخدرات وكراهة التدخين وتحريم الأدوية المشابهة.

وفى الجنس حث الإسلام على النكاح الحلال المشروع وحرم السفاح والزنى والشذوذ، فتحفظ المجتمع الإسلامى تقياً نظيفاً والحمد لله من الأدران التى أصابت بلاد الغرب، وأمر الإسلام بالنظافة والتطبيب وأناقة الملبس والمظهر عند اللذين وسع الله رزقهم وطلب الإسلام من الإنسان أن يحق ويحفظ جوارحه عن السوء والمحرمات فأمره بغض البصر وحفظ اللسان وعدم الاستماع إلى الفحش وأمر بتعهد الأنف بالشم الطيب «حبب إلى من ديناكم النساء والطيب وجعلت قرّة عينى فى الصلاة»<sup>(٢)</sup> وحث على القيلولة وإراحة الجسم أما مجال الروح فقد أمر الإسلام دفع السيئات بالحسنات وحض على التحلى بالصفات الخيرة كالتسامح وطيب الأنفس والنصح واعتبر المؤمنين كالجسد الواحد إذ مرض منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى.

وفى الأمراض الإنتائية المعدية أمرنا أن نفر من المجذوم كما نفر من الأسد أو نخرج من أرض حل بها الطاعون.

(١) ابن عدى والجامع الصغير والجزء الثانى ص ٦٠٣ ص ٤٤٨٤.

(٢) المرجع السابق.

ب - طب علاجى :

فقد وضع رسول الله ﷺ وهو الطب الأول فى الإسلام مبادئ كثيرة للتطبيب ومارسها. فقد حث على التماس الطبيب وقال تداووا عباد الله، فإن الله تعالى لم يضع داء إلا وضع له دواء غير داء واحد، الهرم<sup>(١)</sup>.

حيث بعث فى نفس المريض أملاً حتمياً فى الشفاء وارتقى بنفسه المريض نحو الصبر والاحتساب لوجه الله فرفعه إلى درجة الملائكة فقال عليه السلام لسيدنا عمر رضى الله عنه «يا عمر إذا عدت مريضاً فمرة أن يدعوك فإن دعاءه من دعاء الملائكة حتى يبرأ» واعتبر النظرة الإسلامية للمرض والطبيب والعلاج كل ذلك من قدر الله تعالى وأن هذا القدر يهدف إلى إحدى غايات فهو كفارة للذنوب أو زيادة فى الأجر بالصبر وكذلك حض على عيادة المريض وتطبيب نفسه وقد أمر الإسلام الإنسان بالحفاظ على صحته دوماً وتعهدا بالرعاية والدعاء إلى الله تعالى أن يحفظها عليه فقال عليه السلام «سلوا الله العفو والعافية فما أوتى أحد بعد اليقين خيراً من العافية»<sup>(٢)</sup>.

(١) د. توفيق الحاج، الطب البديل مرجع سابق ١٩٩٥ ص ٢٤٩.

(٢) ابن القيم، الطب النبوى ومرجع سابق ص ٩٥.

## **المبحث الرابع**

# **قضايا طبية من منظور اجتماعي**

### **الفصل الأول**

**التلقيح الصناعي ومشكلة العقم.**

### **الفصل الثاني**

**التحليل الاجتماعي لمرض الإيدز.**

### **الفصل الثالث**

**نظرة المجتمع للاستنساخ.**



## **الفصل الأول**

### **التلقيح الصناعى ومشكلة العقم**

**أولاً - المقدمة.**

**ثانياً - أسباب العقم.**

**ثالثاً - علاج العقم والتلقيح الصناعى.**

**رابعاً - المشاكل الأخلاقية الناتجة عن التلقيح الصناعى.**

**خامساً - بعض المحاذير من استخدام التلقيح الصناعى.**

**سادساً - الحكم العام فى التلقيح الصناعى.**





## أولاً - المقدمة :

فى البحث عن ثروات الأمة ينصرف الذهن عادة إلى أمور اقتصادية فيتناول الباحث فى الأمة صناعتها وزراعتها وأرصدها ومالها وما عليها ويتجه الفكر الإحصائى لاستخراج أرقام الصادرات والواردات.

إن ثروة الأمة الحقيقية هى فى أطفالها رصيدها الدائم الذى ينمو ويتزايد مع الأيام. ولكن أين الأطفال؟

إنهم أولئك أحسن إعدادهم وتفتحت عقولهم وكانت لهم الحياة رسالة يقومون بها وأحلام يسعون إليها لتحقيقها. وقد دربوا على العمل المثمر وأخذوا نظاماً من المسؤولية الفردية والجماعية وكان كل فرد مسئول عن الكل. والأطفال فى المجتمع هم عدة الأيام العصبية وسيكونون حملة تراثها الحضارى وحماة ويكون منهم منقذون ومخططون ومعلمون ورجال قيم. لذا يعرض المجتمع دوماً على النهوض بهذه الثروة عن طريق رعايتها والعناية بها وتكفلاً منذ الصغر بتوفر كافة الخدمات لهم كالخدمات التعليمية والصحية. وصقلاً فى الكبر بفتح المجالات العديدة فى العلم لكى تنمو الثروة وتتضاعف وتؤتى ثمارها<sup>(١)</sup>.

قال تعالى: ﴿ الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا ﴾<sup>(٢)</sup>.

ولقد شجع الإسلام على التناسل وتكثيره عن طريق الزواج.

قال تعالى: ﴿ يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ ﴾<sup>(٣)</sup>.

قال تعالى: ﴿ وَأَنْكِحُوا الْأَيَامَى مِنْكُمْ وَالصَّالِحِينَ مِنْ عِبَادِكُمْ وَإِمَائِكُمْ ﴾<sup>(٤)</sup>.

(١) عدنان السبعى، من أجل أطفالنا، ص ص ٢٩ - ٣١.

(٢) سورة الكهف، آية ٤٦.

(٣) سورة النساء، آية ١.

(٤) سورة النور، آية ٣٢.

قال تعالى: ﴿فَانكِحُوا مَا طَابَ لَكُمْ مِنَ النِّسَاءِ مَتًى وَثَلَاثَ وَرَبَاعَ﴾<sup>(١)</sup>.

قال تعالى: ﴿فَانكِحُوهُنَّ بِإِذْنِ أَهْلِهِنَّ وَآتُوهُنَّ أَجُورَهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ  
مُحْصَنَاتٍ غَيْرَ مُسَافِحَاتٍ وَلَا مَتَّخِذَاتٍ أَخْدَانٍ﴾<sup>(٢)</sup>.

وقال ﷺ: «النكاح سنتى ومن رغب عن سنتى فليس منى»<sup>(٣)</sup>. وقال: «من قدر على أن ينكح فلم ينكح فليس منا»<sup>(٤)</sup>. وقال: «تنكحوا تناسلوا فبأنى مباح بكم الأمم»<sup>(٥)</sup>. وقال: «تزوجوا الودود الولود فبأنى مكاثر بكم الأمم»<sup>(٦)</sup>.

والآيات والأحاديث الدالة على ذلك كثيرة جداً ولا يتسع المقام لإيراد الكثير منها وفيما تقدم إشارة ودلالة. ومما تقدم يتضح حرص الإسلام على النكاح والتناسل وتهيئة البيئة الصالحة له. وقد أباح الإسلام للرجل أن يتزوج بأربع نسوة فى آن واحد، ويسر أمر الطلاق رغم كونه أبغض الحلال إلى الله وبين أمر العلاقة الزوجية على المحبة والمودة وجعل الرجل لباساً للمرأة وجعل المرأة لباساً للرجل.

قال تعالى: ﴿وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً﴾<sup>(٧)</sup>. وقال عز من قائل ﴿هُنَّ لِبَاسٌ لَكُمْ وَأَنْتُمْ لِبَاسٌ لِهِنَّ﴾<sup>(٨)</sup>.

وإذا كان هناك اعتقاد شائع بأن متطلبات الحياة العصرية ومشاغلتها ومشاكلها وما تفرضه على الناس من واجبات ونفقات قد جعلت الأزواج المصابين بالعقم والذين يتحرقون شوقاً وألماً من أجل إنجاب طفل واحد على الأقل يروى عطشهم ويبدد وحدتهم وهم لا يتركون عيادة طبيب إلا لينتقلوا إلى عيادة

(١) سورة النساء، آية ٣.

(٢) سورة النساء، آية ٢٥.

(٣) أخرجه البخارى ومسلم فى صحيحهما فى كتاب النكاح وأبو على فى سنته.

(٤) أخرجه أبو دواد والدارمى والديلمى.

(٥) أخرجه البيهقى وأبن مردويه.

(٦) أخرجه أبو دواد والنسائى.

(٧) سورة الروم، آية ٢١.

(٨) سورة البقرة، آية ١٨٧.

طبيب آخر<sup>(١)</sup>. ولا يتعرفون إلى قابلة قانونية أو غير قانونية الا ليزوروا قابلة أخرى بحثاً عن وسيلة وطلب لطريقة طبية أو غير طبية يعالجون بها ما يعانون من عقم، وهذا بالطبع يسبب مشاكل عائلية واجتماعية كبرى ويولد التعاسة والألم في نفوس النساء والرجال المصابين بالعقم على السواء وخاصة في مجتمعنا العربي المتزمت الذي يعتبر الإنجاب عنصراً أساسياً وهاماً في تكوين العائلة<sup>(٢)</sup>.

وفي هذه الأيام يعتبر العقم مشكلة جدية بالاهتمام. وفي كثير من الأحيان نجد أن الزوجين العقيمين يلوما أنفسهما ولا يجدان الاهتمام الكامل من الأجهزة الطبية. والنتيجة تكون سيئة للغاية: اكتئاب وبؤس وتعاسة وشقاء وقلق وتدهور عقلى ونفسى. إلا أن العقم يمكن علاجه بنجاح تام، فالأمور التى كان يعتبرها الناس معجزة فى الماضى، أصبحت أموراً روتينية ومألوفة اليوم. وقد ذهب الزمن الذى كان يقوم بعلاج المريض فيه طبيب واحد بمفرده. اليوم نجد أن الزوجين العقيمين يكونان تحت إشراف فريق كامل ومتدرب من الأطباء الإخصائين. ويقف خلف هذا الفريق برنامج مدروس ومتطور فى مجال البحث العلمى. واستطاع العلم تحقيق المعجزات ومساعدة الأزواج العقيمين فى حل مشكلة العقم وإنجاب الأطفال.

## ثانياً - أسباب العقم :

١ - انتشار الأمراض الجنسية نتيجة الزنا - أهم مرض يسبب إنسداد الأنابيب والتهاب حوض الرحم ناتج عن الكلاميديا (ميكروبات صغيرة من أصغر أنواع البكتريا) والمايكوبلازما... إن أهم سبب للعقم فى الولايات المتحدة هو انتشار الزنا والأمراض الجنسية حتى تسبب الكلاميديا ٥٠٪ من حالات إنسداد الأنابيب ويسبب السيلان ٢٥٪ من جميع حالات إنسداد الأنابيب. وفى معظم الدول المتقدمة تقنيا والمنحطة أخلاقياً فإن الزنى ينتشر انتشاراً ذريعاً<sup>(٣)</sup>.

(١) د. محمد على البار، أخلاقيات التلقيح الاصطناعي (نظرة إلى الجذور) الدار السعودية، ١٤٠٧هـ - ١٩٨٧م.

(٢) سبيرو فاخورى، مرجع سابق، ص ١٣.

(٣) منظمة الصحة العالمية نقلاً عن مرجع مرك الطبي، طبعة ١٩٧٧م.

٢ - اللولب لمنع الحمل - يعتبر اللولب السبب الثانى لالتهاب الأنابيب والتهاب الحوض الذى انشر بصورة خاصة فى الغرب ... وبما أن هناك ملايين النساء يستخدمن اللولب كأحد موانع الحمل فإن هناك الآلاف منهن اللاتى يعانين من التهاب الحوض وبالتالى إنسداد الأنابيب والعقم نتيجة استخدام اللولب<sup>(١)</sup>.

٣ - تأخير سن الزواج إلى ما بعد الخامسة والعشرين - وهو سن الخصوبة الأمثل - وهذا يعتبر من الأسباب الهامة لانتشار العقم.

٤ - أن الاجهاض منتشر فى العالم بصورة مرعبة - يعتبر الاجهاض ثالث سبب فى التهابات الأنابيب (القناة الرحمية) وإنسدادها وقد ذكرت مجلة التايم الأمريكية فى عددها الصادر ٦ أغسطس ١٩٨٤م أن عدد حالات الإجهاض الجنائى فى العالم تزيد عن خمسين مليوناً، أكثر من نصفها فى البلاد النامية. وذكرت مجلة ميدسين دايجست أن ١٣,٧٠٠,٠٠٠ حالة اجهاض جنائى (غير تلقائى) تتم سنوياً فى البلاد النامية. وفى شبة الجزيرة الايبيرية (أسبانيا والبرتغال) أكثر من مليون ... ومنذ أباحت المحكمة العليا عام ١٩٧٣م فى الولايات المتحدة الاجهاض فقد تم إجهاض أكثر من ١٥ مليون حالة إجهاض حتى قامت مطالبة بالغاء هذا القانون.

٥ - هناك أمراض أخرى تعتبر نادرة فى الغرب ولكنها غير نادرة فى البلاد النامية مثل - الدرن (السل) الذى يصيب الجهاز التناسلى ... وميكروبات البكتريديز والتهاب الزائدة الدودية إذا أهمل وتحول إلى خراج. وهذه جميعاً تسبب التهاب الحوض وإنسداد القناة الرحمية (قناة فالوب)<sup>(٢)</sup>.

٦ - الجماع أثناء الحيض - قال تعالى ﴿وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الْمَحِيضِ قُلْ هُوَ أَدْنَىٰ فَاعْتَزِلُوا النِّسَاءَ فِي الْمَحِيضِ وَلَا تَقْرَبُوهُنَّ حَتَّىٰ يَطْهَرْنَ فَإِذَا تَطَهَّرْنَ فَأْتُوهُنَّ مِنْ حَيْثُ أَمَرَكُمُ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ﴾<sup>(٣)</sup>.

(١) د. محمد على البار، الأمراض الجنسية اسبابها وعلاجها، دار المنارة، ١٩٨٥م، ص ص ١٩٤ - ١٩٥.

(٢) د. محمد على البار، دورة الأرحام فصل الحيض، ط ٤، الدار السعودية للنشر، جدة، ص ٦٠.

(٣) سورة البقرة، آية ٢٢٢.

وللجماع أثناء الحيض أنواع من الأذى من هذه الأضرار التهاب الحوض وقناتى الرحم وإنسدادهما وحصول العقم وانتباز غشاء الرحم.

٧ - عمل المرأة وممارسة الرياضة العنيفة والرقص العنيف - تذكر التايم (١٠ سبتمبر ١٩٨٤) أن عمل المرأة وخاصة الأعمال المسثولة تؤدي إلى القلق وإلى اضطرابات العادة الشهرية والعقم ... وكذلك الرقصات والرياضيات العنيفة مثل مسابقات الجرى والرقص العنيف التى تؤدي إلى خفض دهن المرأة وبالتالي خفض هرمونات الأنوثة (الاستروجين) والهرمونات الخاصة بالأبيض فيؤدي ذلك إلى العقم.

٨ - التعقيم بقطع الأنابيب وربطها - قد يبدو هذا السبب غريباً وهو كذلك إلا أنه الواقع فهناك عدد من النساء اللاتى يطلبن من الطبيب تعقيمهن أو أن سياسة الدولة تسير على نشر التعقيم (الهند - مصر) وبعد أن يتم قطع الأنابيب وربطها تأتى المرأة فيما يستقبل من الأيام إلى الطبيب وتقول له: لقد ندمت فى قرارى ذاك السابق. فهل تستطيع أن تعيد فتح الأنابيب فيقوم الطبيب لقاء أجر ضخيم (عشرة آلاف دولار فى الولايات المتحدة) بإجراء هذه العملية التى لا تزيد نسبة النجاح فيها لدى أمهر الجراحين عن ٣٠٪ إلى ٤٠٪ لهذه الأسباب مجتمعة والغير هامة الأسباب ازدادت حالات العقم الناتجة عن إنسداد الأنابيب وأهم هذه الأسباب ثلاثة<sup>(١)</sup>:

١ - انتشار الزنا.

٢ - استعمال اللولب.

٣ - الإجهاض.

وللأسف لم يهتم الأطباء بمعالجة الأسباب وإنما اهتموا بمعالجة النتيجة فكان عاقبة أمرهم خسرأ.

(١) ندرة الإنجاب بالكويت، ص ٤٦٩.

### ثالثاً - علاج العقم والتلقيح الصناعى:

قال تعالى ﴿يَهْبُ لِمَن يَشَاءُ إِنَاثًا وَيَهْبُ لِمَن يَشَاءُ الذَّكَوْرَ ﴿١﴾ أَوْ يُزَوِّجُهُمْ ذُكْرَانًا وَإِنَاثًا وَيَجْعَلُ مَن يَشَاءُ عَقِيْمًا ﴿٢﴾﴾. صدق الله العظيم.

قال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِّن نَّفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيْرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيْبًا ﴿١﴾﴾.

وعندما أراد الله أن يعمر الأرض خلق آدم وخلق منه زوجة ثم بث ما خلق منهما فى الأرض .... والبث الذى تحدثت عنه الآية الكريمة يتم عن طريق خاصية منحها الله سبحانه وتعالى لكثير من خلقه ومنها الإنسان وهى خاصية التكاثر.

والتكاثر لفظة تعنى حدوث التقاء جنسى بين الذكر والأنثى من نفس النوع ينتج عنها غالباً جيل ثانى يحمل نفس الخصائص المميزة لهذا النوع من المخلوقات. والإنسان نوع من المخلوقات التى خلقها الله وزاد عليه أن فضله على كثير ممن خلق تفضيلاً وجعل بين الرجل والمرأة مودة ورحمة تنشأ عن تقنين هذه العلاقة شرعاً بالزواج ولأن التكاثر عموماً والإنجاب عند الإنسان غريزة خلقها الله فيه وتوارثها عن آبائه وأجداده فإنها تدفعه عند فقدها إلى البحث والدراسة عن كيفية علاجها وتجنب آثارها خاصة أنها صارت مرتبطة بمعتقدات كثيرة فى حياة الشعوب على اختلاف ألوانها ومستوياتها الثقافية والاقتصادية والاجتماعية.

- العقم: هو عدم القدرة على الإنجاب سواء عند الرجل والمرأة.

- نسبته : لو افترضنا أن هناك مائة حالة عقم فإن النسبة تكون موزعة فيها كالتالى:

٣٠٪ من الحالات، الأسباب الخاصة بالزوج.

٣٠٪ من الحالات، الأسباب الخاصة بالزوجة.

١٠٪ من الحالات غير معلومة على وجه التعيين بمعنى أنه عند فحص الزوجين معاً.

(١) سورة الشورى، آية ٤٩ - ٥٠.

(٢) سورة النساء، آية ١.

وأَسباب العقم متنوعة وكثيرة وتختلف من شخص لآخر ومن الرجل والمرأة فبينما هى فى الرجل غالباً ما تكون عن نقص أو إنعدام الحيوانات المنوية النشطة التى تقوم بعملية الإخصاب وهذه بدورها لها أسباب كثيرة منها الخلقي ومنها المتعلق بالنشاط الوظيفي للغدد وافراز الهرمونات المتخصصة فى الجسم. إضافة إلى بعض الأمراض التى لها علاقة بالبيئة مثل البلهارسيا والدرن، والخلل المزمن فى وظائف الكبد وغيرها من الأسباب<sup>(١)</sup>.

أما بالنسبة للمرأة: فالأمر يختلف فالأسباب إما متعلقة بالجهاز التناسلى مباشرة وأما بخلل فى الوظائف العضوية للأجهزة الأخرى. والأول منها قد يكون مصاحباً للمرأة منذ ولادتها مثل غياب الرحم أو غياب الأنابيب (قنوات فالوب) أو انسدادها أو صغر حجم الرحم بدرجة لا تسمح بالحمل وقد يكون مكتسباً مثل الإصابة ببعض الأمراض التى تؤثر على طبيعة عمل الجهاز التناسلى مثل الالتهابات التى تصيب جدار الرحم أو المبايض أو إصابتها ببعض الأورام الحميدة منها والخبيث.

أما النوع الآخر فهو يتعلق غالباً بالنشاط الهرموني للغدد الصماء مثل الغدة النخامية والمبيض. ارتباطاً مباشراً بتكوين البويضات ونموها إلى مرحلة النضج اللازم لعملية التلقيح، بالإضافة إلى الأسباب المتعلقة بالحالة العامة للمرأة مثل الأنيميا، السمنة المفرطة، الإصابة بمرض السكرى لفترة طويلة، وكذلك الحالة النفسية للمرأة واستعدادها للعلاج. إلا أن هذه الأسباب لا تمثل السبب الرئيسى للعقم عند المرأة ولكن يجب أن توضع فى الاعتبار عند البدء فى العلاج.

أنواع العقم: العقم نوعين: ١ - أولى أو ابتدائي. ٢ - ثانوى:

١ - أولى أو ابتدائي: وهو عدم القدرة على الإنجاب عند الرجل والمرأة اللذين لم يسبق لهما الإنجاب.

٢ - ثانوى: وهو عدم القدرة على الإنجاب عند الرجل والمرأة اللذين أنجبا من قبل ولفظة إنجاب فى هذه الحالة تنطبق أيضاً على حالات الاجهاض حتى

(١) د. أحمد أبو سريع، المجلة العربية، العدد ٢٠١، ١٤١٤هـ - ١٩٩٤م، ص ٣٨ - ٣٩.



ولو لم تلد من قبل. وعلاج العقم يعتمد إلى حد كبير على معرفة السبب. والحمد لله فقد صارت وسائل التشخيص كثيرة ومتنوعة مثل التحليل الهرمونى للدم، الكشف بالمناظير التشخيصية والعلاجية ثم الفحص بالأشعة العادية والموجات فوق الصوتية وموجات التردد النورى.

ولكن يبقى الأمل دائماً فاتحاً أبوابه على مصراعيها خاصة ونحن نشهد طفرات عملية هائلة لعلاج الحالات المعقدة منه بطرق مختلفة مثل «أطفال الأنابيب والتلقيح الصناعى» شريطة إتباع النهج الإسلامى القويم فى ذلك.

ولقد حث الإسلام على التداوى من جميع الأمراض البدنية والنفسية. قال صلى الله عليه وسلم: «عباد الله تداووا فإن الله لم يضع داء إلا ووضع له شفاء غير داء واحد هو الهرم»<sup>(١)</sup>. وقال: «ما أنزل الله من داء إلا أنزل له شفاء»<sup>(٢)</sup>.

والأحاديث فى طلب التداوى والحث عليه كثيرة وليس هنا بابها. وقد طلب زكريا عليه السلام من ربه أن يهبه ذرية طيبة بعد أن بلغ منه الكبر عتياً قال تعالى ﴿كهیص ﴿ذَكَرَ رَحْمَةَ رَبِّكَ عَبْدَهُ زَكَرِيَّا ﴿إِذْ نَادَى رَبَّهُ نِدَاءً خَفِيًّا ﴿قَالَ رَبِّ إِنِّي وَهَنَ الْعَظْمُ مِنِّي وَاشْتَعَلَ الرَّأْسُ شَيْبًا وَلَمْ أَكُنْ بِدُعَائِكَ رَبِّ شَقِيًّا ﴿وَإِنِّي خِفْتُ الْمَوَالِيَ مِنْ وَرَائِي وَكَانَتِ امْرَأَتِي عَاقِرًا فَهَبْ لِي مِنْ لَدُنْكَ وَلِيًّا ﴿يَرِثُنِي وَيَرِثُ مِنْ آلِ يَعْقُوبَ وَاجْعَلْهُ رَبِّ رَضِيًّا ﴿٣﴾. ولا خلاف عند المسلمين أنه يندب العلاج من العقم، التقنيات الحديثة فى الطب تساعد على تحقيق التناسل فإنها لا شك طرق محمودة فى الإسلام بشروط أهمها<sup>(٤)</sup>.

- ١ - أن لا يؤدى إلى اختلاط الأنساب.
- ٢ - أن تقع أثناء قيام الزوجية، بحيث أنها لا تقع بعد الموت أو انتهاء عدة الطلاق.

وليس من شك أن التقنيات الحديثة وما يسمى بالتلقيح الاصطناعى تعتبر أحد أنواع العلاج الذى بدأ يشق طريقه فى عالم الطب ويتخذ له مكان

(١) أخرجه البخارى ومسلم والترمذى وأبو داود من كتاب الطب النبوى للإمام الذهبى

(٢) أخرجه البخارى فى كتاب الطب النبوى للإمام الذهبى.

(٣) سورة مريم، آية ١-٦.

(٤) قرارات الجمع الفقهى لرابطة العالم الإسلامى فى دورته الخامسة، ١٤٠٢هـ.

مهمة لا يمكن إهمالها، ومع هذا فإن هذه التقنيات البارعة فى وسائل الإنجاب قد أدت إلى كثير من المشاكل الأخلاقية التى نتجت عنها والتى سنتناولها فى هذا البحث<sup>(١)</sup>.

ويقول الدكتور طاهر شاهين استشارى النساء والتوليد عن العقم ليرد على من يقوم لأية حالة عقم أنه لا أمل فى الإنجاب فيقول: هناك بدل الأمل آلاف الآمال حتى ولو كانت هناك تقارير وشرائح تثبت أن الخصبة لا توجد بها خلايا أو أن خلايا الخصية فى مرحلتها الأولى ويضيف قائلاً: حقاً العقم موجود ولكن ليس بالصورة المعروف بها، فالعقم هو عدم القدرة على الإنجاب بغض النظر عن السبب وأعنى أنه ممكن ألا يوجد سبب على الإطلاق، فالزوج ليس لديه مشكلة والزوجة كذلك وليس العقم عدم وجود حيوانات منوية أو عدد قليل منها إنما نحن نفهم أن للعقم أسباباً عديدة ويوجد أمل كبير فى العلاج.

ويقول الدكتور شاهين: التطور موجود فى جميع فروع الطب أما فى علاج العقم بالذات فهناك تطور من يوم لآخر.

### أولاً - التلقيح المجهري:

وهذا وجد منذ عدة سنوات وفيها تأخذ الحيوانات المنوية من الزوج وتأخذ البويضة عن طريق جهاز الكترولنى فى أقل من ثانية عن طريق إبرة بالغة الدقة، ونسبة الحمل فى هذه الحالات كبيرة تتعدى ٣٥٪<sup>(٢)</sup>.

### ثانياً - التلقيح من داخل الخصية فى حالات معدومي الحيوانات المنوية (خارجياً):

ويتم هذا النوع من التلقيح فى حالتين أما أن يكون هناك إنسداد فى أنابيب البربخ أو أن تكون الخصية غير قادرة على إنجاب كمية كافية من الحيوانات المنوية. وفيها يتم أخذ الحيوانات المنوية عن طريق إبرة دقيقة للغاية وهذه الطريقة موجودة فى الوقت الحالى.

(١) محمد على البار، مرجع سابق.

(٢) صحتك، العدد التاسع، ١٩٩٦م، ص ٤٦.

**ثالثاً - التلقيح من داخل الخصية فى حالات معدومى الحيوانات المنوية (خارجياً وداخلياً):**

حيث يتم أخذ الخلايا التناسلية الدائرية وهى مرحلة عما قبل الحيوان المنوى ويتم تلقيحها داخل بويضة الزوجة عن طريق المجهر وتستخدم فيها إبر أكبر قليلاً من الإبر المستخدمة فى الحيوان المنوى حيث الخلايا تكون أكبر حجماً من رأس الحيوان المنوى الكامل.

ويقول الدكتور شاهين: أن هناك طريقة التلقيح بكروموسات الدم. حيث يتم تلقيح كروموسات خلايا الدم البيضاء مع كروموسات البويضة فينتج الحمـ . بإذن الله. وهو مازال البحث ولا يوجد فى الوقت الحالى.

أما عن الأساليب الجديدة فى التلقيح فيقول حيث يتم أخذ السائل المحيط بالنواة ووضعه داخل بويضة يكون فيها السائل غير صالح وعادة ما تكون بويضات الزوجات اللاتي تزواح أعمارهن ما بين ٤٥ إلى ٥٠ سنة ولم يت الشـع فيها إلا الآن ولكنها فى الطريق العاجل سوف يكون لها صدى عالمى.

#### **رابعاً - المشاكل الأخلاقية الناتجة عن التلقيح الاصطناعى:**

أدى انتشار استخدام التلقيح الاصطناعى إلى مجموعة من المشاكل الأخلاقية والاجتماعية والدينية كما أن هناك مشاكل أخرى فى طريقها إلى الظهور ونلخص هذه المشاكل فيما يلى:

١ - يساعد التلقيح الاصطناعى الداخلى الشاذات جنسياً (المساحقات) على الاستمرار فى شذوذهن وبالتالي عدم الزواج ويلي رغبتهن فى الإنجاب.

٢ - انتشار نكاح الاستبضاع فى الولايات المتحدة وأواربا.

٣ - إدخال ماء الزوج بعد انفصام عقد الزوجية وموت الزوج. ويرفض الإسلام نسب ووراثـة مثل هذا الطفل الذى ينبـج بعد انتهاء عقد الزوجية وكذلك تفعل بعض القوانين الوضعية - سويسرا مثلاً.

- ٤ - المانح مجهول: كثيراً ما يكون المانح مجهولاً، وقد يكون مصاباً بأحد الأمراض التناسلية والأمراض الوراثية مما يؤدي إلى ولادة أطفال مشوهين. كما أن ذلك قد ينقل المرض إلى الأم. وقد نشرت وكالات الأنباء (الشرق الأوسط ٢٦ / ٧ / ١٩٨٥ م) اعتراف أحد المستشفيات بأستراليا بأن أربعاً من النسوة اللاتي خصبن صناعياً ربما تلقين فيروس مرض الإيدز عند تخصيبهن بماء مانح واحد عام ١٩٨٢ م.
  - ٥ - تحول كل النساء إلى أبقار: حيث تلقح مئات النسوة بماء مانح واحد. وكان يذكر هنا أن ماء مانح واحد يستخدم لتلقيح مائة امرأة في بنوك المنى.
  - ٦ - جهالة النسب.
  - ٧ - وجود ربع مليون طفل لا يعرف لهم أب أو أم نتيجة التلقيح الاصطناعي من بنوك المنى.
  - ٨ - تجارة بنوك المنى.
  - ٩ - تلقيح المحارم: ذكرت أحد المصادر أن بنوك المنى تستخدم رجل واحد لتلقيح مائة امرأة وهناك احتمال، كما يقول جورجيس دافيد رئيسي أكبر بنك للمنى فى فرنسا كلما زاد عدد الذين يلحقون من النساء بماء رجل واحد كلما زاد احتمال أن تلقيح أمه أو أخته أو عمته أو خالته أو ابنته بمائة وذكر مركز هاستنجنس حالات تكون فيها أم الطفل جدته وأخته فى وقت واحد.
  - ١٠ - الأمراض الوراثية وزيادة احتمال ولادة مشوهين بالعيوب الخلقية.
- تزداد الاحتمالات بالإصابة بالأمراض الوراثية، ذلك لأن الوقاع الطبيعى يؤدي إلى عدم وصول الحيوانات المنوية المريضة للبويضة فهناك اختبار واصطفاء فى الوقاع (الجماع) بينما يفقد التلقيح الاصطناعي هذه الميزة وقد يؤدي إلى قذف الحيوانات المنوية مباشرة إلى الرحم إلى وصول حيوانات منوية مصابة إلى البويضة وبالتالي بحيوانات منوية ضعيفة أو هزيلة أم مريضة.

١١ - الأمراض التى ينقلها المنى - وبما أن المتبرعين أو الملحين بأجر لمنيهم يتشكلون من مجموعة كبيرة من البشر فإن احتمال إصابة بعضهم بالأمراض الجنسية المختلفة احتمال كبير ربما أن المنى يحمل مختلف الأمراض الجنسية (السلان، الزهرى، الإيدز، فيروس التهاب الكبد الفيروس من نوع B - الكلاميديا ... الخ) فإن احتمال انتقال هذه الأمراض إلى المرأة وبالتالى إلى الجنين يشكل خطراً على المرأة وعلى الجنين.

١٢ - التحكم فى جنس الجنين - ويؤدى التلقيح الاصطناعى إلى التحكم فى جنس الجنين. وإذا ترك الحبل على الغارب فإن أكثر الناس يفضلون الذكور على الإناث مما سيؤدى إلى اضطراب فى التكوين الديموجرافى لسكان الأرض، ويسبب زيادة كبيرة فى الذكورة ونقصاناً كبيراً فى الإناث.

ورغم أن الحشرات مثل النحل والنمل تتحكم فى نسلها إلا أن هذه الحشرات مقدرة بميزان دقيق ومدفوعة بغرائزها التى فطرها البارئ فيها أما الإنسان يؤدى تدخله لاحقاً فى السنن الكونية إلى الفساد فى الأرض<sup>(١)</sup>.

#### خامساً - بعض المحاذير من استخدام التلقيح الاصطناعى:

أن الصورة البشعة المختلفة لأنواع الاستيراد غير الطبيعى والموجودة فى الغرب حالياً تؤدى إلى فوضى فى الأنساب رهبة.

**وللأسف** بدأت هذه الطريقة فى الاستيلاء فقد بلادنا باسم التقدم العلمى وأن كانت لا تزال حتى الآن محدودة بأن تكون بماء الزوج وبويضة الزوجة ثم تعاد إلى رحم الزوجة فتحمل ولكن هناك محاذير حتى لهذه الطريقة وتتلخص هذه المحاذير فيما يلى:

١ - انكشاف عورة المرأة لرجل غريب عنها ويرى بعض الفقهاء إن التلقيح الاصطناعى الذى يوجب انكشاف عورة المرأة المغلظة أمر ليس له ما يبره.

٢ - عند قيام مراكز تحفظ المنى (بنوك المنى) والتلقيح الاصطناعى بنوعيه (داخل الرحم وخارج الرحم) وهناك احتمالات قائمة لحدوث خطأ.

(١) د. محمد على البار، مرجع سابق، ص ٥٣.

٣ - عند قيام تجارة النطف فإن عامل الربح والحصول عليه قد يدفع من لا أخلاق له لأن يزعم للرجل العقيم أن لديه قليلاً من الحيوانات المنوية وأنه سيجمعها له ويحقنها فى رحم زوجته.

٤ - يقوم الأطباء بتنبية المبيض بالهرمونات والعقاقير ليفرز مجموعة من البويضات ويشفط الطبيب هذه البويضات ويضعها فى أطباق الاختبار ثم يقوم بتلقيحهن. وهذا الحمل يسبب مضاعفات وأخطاء شديدة قد تفقد من أجلها الحامل حياتها وحياة أجنحتها..

٥ - يحتفظ الأطباء عادة بمجموعة من البويضات الملقحة ويجمدونها وذلك لأن نسبة النجاح فى حمل الطفل الأنبوب لا تزال ضئيلة. وقد قامت هذه المشكلة فى الغرب وأثارت ضجة كبرى وأمام الأطباء عدة طرق كالاتى:

أ - نقل هذه البويضات الملقحة الجاهزة إلى نساء يعانين من العقم. وهذا يوفر الوقت على الطبيب ولكن يسبب اختلاط الأنساب.

ب - إجراء التجارب على هذه الأجنة وجعلها تنمو فى المختبر وفى ذلك اعتداء على حرمة الحياة الإنسانية.

ج - ترمى البويضات الملقحة. وهذا أمر مستبعد حيث أن الأطباء حريصون على الاستفادة منها.

٦ - إذا فشل الحمل كما يحدث كثيراً فإن الطبيب يطلب من الزوجة أن تعود مرة أخرى ليزرع رحمها بالبويضات المجمدة الملقحة. ولكن ماذا يحدث إذا ماتت الزوجة أو مات الزوجان.

٧ - يزداد فى التلقيح الاصطناعى نسبة تشوهات فى الأجنة.

٨ - إذا استخدمت البنوك الصناعية واستخدام المنى من مانع فإن المانع قد يكون مصاباً بأحد الأمراض التناسلية وبالتالي ينقل المرض إلى المرأة المتلقيحة أو إلى الجنين ومثاله الزهري الوراثي.

٩ - ذكرت إحدى المصادر أن هناك ربع مليون طفل على الأقل لا يعرف لهم أب أصلاً لأنهم ولدوا نتيجة التلقيح الاصطناعى من بنوك المنى.

## سادساً - الحكم العام فى التلقيح الصناعى:

لقد ناقش العلماء الأقدمون هذه المسألة، ولكن فى نطاق نظرى وتحت عنوان غير التلقيح الصناعى، فجاء بحثهم متدرجاً فى مواضيع تبحث عن العدة والحاق الولد وغير ذلك فيما إذا تمكنت امرأة من استدخال منى زوجها أو غيره إلى رحمها وحصل حمل وولادة جراء هذه العملية - فعن شرح المنهاج - لابن حجر الشافعى وحواشيه: (وانما تجب عدة النكاح بعد وطء ... أو استدخال منيه - أى الزوج. المحترم وقت إنزاله واستدخاله، ومن ثم لحق النسب، إما غير المحترم عند إنزاله بأن إنزاله من زنا فاستدخله وهل يلحق به ما استنزل به بيدة لحرمة أولاً للاختلاف فى إباحته، كل محتمل والأقرب الأول، فلا عبرة به ولا نسب يلحقه، واستدخالهما من نطقة زوجها فيه عدة ونسب كوط الشبعية)

ومن هنا نرى أن يبين الله إن يأتى الولد إلى الدنيا عن طريق التواصل بين الذكر والأنثى توأصلاً جنسياً كلما اعتاد الناس على ممارسة هذه العملية على مدى التاريخ والأيام، وحسب ما هو مذكور فى فطرة الناس، ولا يعدل عن هذه الطريقة إلا للضرورة كأن يكون بواحد من الزوجين ما يمنع حدوث الحمل بالطريق الجسدى المعتاد كأحد أسباب العقم التى مر ذكرها.

يقول الشيخ الزرقاء: إن الذى يحصل فيها (أى فى العملية)، تؤخذ نطفة وتزرع فى مهبل الزوجة وهو الذى يحصل فى حالة المباشرة الطبيعية بين الزوجين، لا فرق سوى الاستعاضة عن عضو الذكورة بمزقة ترزق بها نطفة الزوج فى الموقع المناسب من مهبل الزوجة أما العنق.

وإباحة إجراء هذه العملية بهذه الصورة هو مدار الفتوى بين جماهير العلماء المعاصرين، وقد خالفت فئة قليلة فالشيخ رجب بيوض التميمى قال: «إن الولد يأتى للزوجين عن طريق المعاشرة الزوجية العادية حين يحصل الحمل كما نصت بذلك الشرع الشريف. قال تعالى: قال تعالى: ﴿يَسَاءَلُكُمْ حَرْثُ لَكُمْ فَأْتُوا حَرْثَكُمْ أَنَّى شِئْتُمْ وَقَدِّمُوا لَأَنفُسِكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّكُمْ مُلَاقُوهُ وَبَشِّرِ الْمُؤْمِنِينَ﴾<sup>(١)</sup>.

(١) سورة البقرة، آية ٢٣٢.

ومعنى هذه الآية أن التلقيح الصناعي بين البيضة والحيوان المنوى للزوجين عن طريق آخر مخالفة صريحة لنص الآية الكريمة وللشرع الشريف.

وقد توقف الشيخ عبد العزيز بن عبد الله بن باز رئيس مجلس المجتمع الفقهي الإسلامي التابع لرابطة العالم الإسلامي عن الموافقة على هذه الحالة مفاده: أن هذا الطفل المصنع بالتلقيح الصناعي أو طفل الأنابيب سيكون حتماً ويصبح إنساناً سليماً ويستمع إلى القرآن الكريم يقول ﴿ فَلْيَنْظُرِ الْإِنْسَانُ مِمَّ خُلِقَ ﴿١﴾ خُلِقَ مِنْ مَّاءٍ دَافِقٍ ﴿٢﴾ اقصد التركيز على كلمة دافق ﴿ يَخْرُجُ مِنْ بَيْنِ الصُّلْبِ وَالتَّرَائِبِ ﴾<sup>(٢)</sup>. وأيضاً ﴿ فَجَعَلْنَاهُ فِي قَرَارٍ مَكِينٍ ﴾<sup>(٣)</sup>.

ومن العلماء من كان رأيه هكذا لعدم اعتباره العقم مرضاً أو انكشاف عورة المرأة لا يصبح في هذه الحالة، أما الحديث عن العقم والعودة فقد سبق وكان الحكم الذي تبنيه وهو لجواز في هذه الأحوال.

وأما سد الذرائع فملخص القول أن انطباق هذه القاعدة على هذه الحالة غير صحيح، فخلاصة الرأي عندنا في قاعدة سد الذرائع هو - ما يؤدي إلى الحرام بشكل مؤكد فقط فهو حرام - أما أعمال قاعدة سد الذرائع على أمور ربما تؤدي إلى حرام فغير جائز، ولأهمية هذا الرأي وخطورته فقد أوردنا ملحقاً خاصاً بهذه القاعدة مع شيء من التفصيل.

أما الآيات التي استشهد بها الشيخ محمد شريف أحمد وهي التأكيد على أن الماء يجب أن يكون دافقاً وينتهي في قرار مكين، فالأمر في طفل الأنبوب كذلك فهو يخرج من صلب الأب دافق ويستقر في رحم الأم في قرار مكين، وإذا استخرج ماء الرجل عن غير الطريق كأن يستخرج بآلة مثلاً، فليس في دلالة الآية ما تمنع ذلك فإن الخروج بشكل دافق هو الأصل في هذا الموضوع، ولا تقول الآية بأن الإنسان لا يخرج إلا من ماء دافق خرج على وجه الدفق فالآية في العقيدة تنبه الإنسان إلى أصل تكوينه وأنه من ماء وفي هذا إشارة إلى قدرة الله تعالى على الخلق.

(١) سورة الطارق، آية ٥ - ٦.

(٢) سورة الطارق، آية ٧.

(٣) سورة المرسلات، آية ٢١.



فالآية تقرر الكيفية الأساسية في تكوين الولد وطريقة خروجه إلى الدنيا. ولو جاء الطفل عن طريق الأنابيب فإن المعنى المباشر والفهم السطحي للآية سيقول بأنه ليس طفل لأنه لم يخرج على وجه الدفق. وسيدنا عيسى عليه السلام هو بشر لم يتخلق من ماء رجل دافق<sup>(١)</sup>.

### الخلاصة:

أباح الفقهاء المحدثون، أو بالأحرى كثير منهم، التلقيح الاصطناعي الخارجي متى ما تم لعلاج إنعدام الخصوبة بين الزوجين في حال قيام عقد الزوجية، وبحيث تتخذ كافة الاحتياطات الموثقة للحفاظ على عدم اختلاط النطف والبويضات من أشخاص آخرين، وبحيث لا يتم انكشاف عورة المرأة إلا للضرورة وينبغي أن تقوم بذلك الكشف طبيبة مسلمة، فإن لم يتيسر ذلك فطبيب مسلم. فإن لم يتيسر ذلك فطبيب غير مسلم ثقة في عمله.

وأما الأنواع الأخرى من التلقيح الاصطناعي وما ينتج عنها من استئجار الأرحام وتجميد الأجنة والتلقيح بماء رجل غريب عن الزوجة أو بويضة امرأة غريبة عن الزوج فكلها تعتبر مرفوضة شرعاً لما تسببه من اختلاط الأنساب.

وتوجد حوالى ١٦ حالة أو طريقة أخرى للاستئجاب بواسطة التلقيح الاصطناعي بنوعية الداخلي والخارجي، وكلها تعتبر مرفوضة من الناحية الشرعية ما عدا التلقيح بماء الزوج وبويضة من الناحية الشرعية ما عدا التلقيح بماء الزوج وبويضة الزوجة في رحم الزوجة أثناء قيام عقد الزوجية<sup>(٢)</sup>.

(١) زياد أحمد سلامة، مرجع سابق، ص ٧٣.

(٢) محمد على البار، مرجع سابق، ص ٧٢.

## **الفصل الثانى**

### **التحليل الاجتماعى لمرض الإيدز**

**أولاً - المقدمة.**

**ثانياً - مفهوم الإيدز.**

**ثالثاً - انتشار الإيدز وأسبابه.**

**رابعاً - أعراض المرض وطرق انتقاله.**

**خامساً - الوقاية والعلاج.**

**سادساً - قيم المجتمع فى مواجهة الخطر.**

**سابعاً - الوضع الاجتماعى لمرض الإيدز.**



## أولاً - المقدمة :

ونحن نعدو في سنوات القرن العشرين فوجئنا بعدوان بشع لا يقاوم لعدو جديد من أعداء البشرية «الإيدز».

ظاهرة مرضية جديدة ... أصبحت هذه الظاهرة حديث العالم كله عندما تمكنت من النجم السينمائي الشهير «روك هيدسون» الذي كان محط الإعجاب والحمد في مجال كمال الاجسام واكتمال الرجولة فضلاً عن براعته في التمثيل ونجاح أفلامه فأحاله «الإيدز» إلى هيكل خاوي وشبح يحتضر ولم يلبث أن مات<sup>(١)</sup>.

ويعتبر مرض الإيدز نكسة اليمه، موجهة للطب الباطني في القرن العشرين، ومعضلة طبية كبرى عليه أن يواجهها، ويتحمل مسئولية عبء حلها، وكشف غموضها، ودفع شرورها وبلاياها عن بني الإنسان<sup>(٢)</sup>.

حيث أنه ساعات الغفلة الحمراء وتدفق شبق الجنس، ووسوسة الانحراف والشذوذ بين الوضعي المعكوسة، والقبلة المنكوسة بين القدر والفاحشة والأسراف في العلاقات الجنسية حرضت جرثومة المرض البريئة، اثاروا وغيظوها وافقدوها اتزانها، وحزكوا مكمون اختلاطها، فانفجرت وايمان انفجار. ومن أدق مخلوقات الله جاء جند الله تناهت في الصغر حتى قاربت الجماد والذرة وكان العامل الأمراضى فيروساً بسيطاً يحتاج حتى نراه إلى تكبير يفوق المائة مرة «وما يعلم جنود ربك إلا هو ومغاهاي إلا ذكرى للبشر»<sup>(٣)</sup>.

وفي هذا الفصل سوف نحاول إلقاء الضوء على الحقائق العلمية لمرض نقص المناعة المكتسب «الإيدز» من خلال إعطاء صورة واضحة لمفهوم الإيدز من خلال وجهات نظر متعددة، كما أننا سنتطرق إلى أين ومن وكيف انتشر المرض والأسباب التي تؤدي إلى الإصابة به، وأعرض المرض وطرق انتقاله. كما أننا

(١) محمد رفعت، قاموس الإيدز الطبي، دار مكتبة الهلال، ١٩٩١، ص ٧.

(٢) د. محمد صادق زازلة، الإيدز معضلة القرن العشرين، منشورات ذات السلاسل، ١٩٨٦م، ص ٧.

(٣) د. خالص جلي، مرجع سابق، ص ١٤.

سنحاول توضيح بعض وسائل الوقاية من هذه المرض والتطرق كذلك لمحاولات التوصل لعلاج لمرض الإيدز.

## ثانياً - مفهوم الإيدز:

لفظ إيدز AIDS عبارة عن الأحرف الأولى للعبارة الإنجليزية التي تمثل الاسم العلمي لهذا المرض وهو **Acquired Immune Deficiency Syndrome** ومعناه باللغة العربية: التجمع المرضي الناشئ عن نقص المناعة المكتسبة، أي متلازمة نقص أو فقدان المناعة المكتسبة ويعنى ذلك افتقاد الجسم إلى نظام مناعي متكامل ضرورى لمقاومة عدوى المرض.

ونتيجة لإصابة الجسم بالإيدز فإنه يصبح فريسة سهلة لمخالب العدوى الجرثومية وضحية لإصابة عاجزة تحت برائن الأورام الخبيثة، فلا تستطيع الدفاع عن نفسه أو رد الخطر بعيدا ... الأمر الذى يترتب عليه إصابة الجسم بمجموعة ضخمة من الأمراض الانتهازية والأورام الخبيثة.

يمكن تعريف الإيدز حسب تعريف منظمة الصحة العالمية الوارد فى التقرير الصادر فى ٢ أكتوبر ١٩٨٥ / وهو كما يلى:

متلازمة العوز المناعى المكتسب، عبارة عن مرض يتصف بمجموعة من الأعراض والعلاقات الناجمة عن نقص مكتسب فى المناعة الخلوية مترافق بإيجابية الفحوص المخبرية الخاصة بـه دون أن يكون هناك سبب آخر لاضطراب المناعة. ومرض الإيدز - حصاد الشذوذ - يعتبر من أهم مشاكل الصحة العامة فى بعض بلدان العالم وبخاصة الولايات المتحدة وأوروبا الغربية التى تمثل مجتمعات الاباحية والتحرر والرذيلة، وقد انتشر هذا المرض بصورة وبائية فى هذه المجتمعات أدى إلى الشعور بالخوف والقلق والرعب من هذا الوباء الجارف والمرض المدمر<sup>(١)</sup>.

الإيدز هو مرض نقص المناعة المكتسبة وهو الوباء الآتى من فساد الأخلاق. وهو حديث لم يكن معروفا قبل عام ١٩٧٨ م.

(١) د. إبراهيم محمد عامر، الإيدز المدمر والعين، الدار السعودية، ١٩٨٧ م، ص ص ١٧ - ١٨.

ويعتبر البروفيسور لوك مونثايد أو لمكتشف له ولا يزال وباء لا علاج له<sup>(١)</sup>. فلما كان مرض الإيدز وباء عرف في هذا العصر وأول ما عرف عام ١٩٨١م وسمى مرض نقص المناعة المكتسبة، وهو مرض فيروسي يصيب الخلايا الليمفاوية المناعية فيعطل وظيفتها ونشاطها المقاوم لشتى الأمراض الميكروبية والفيروسية الأخرى.

وحيث أن هذا المرض لم يكتشف له علاج إلى يومنا هذا أو هو من الأمراض المعدية التي لا تعرف الحدود الزمانية ولا المكانية فهو ينتقل من الأباء إلى الأبناء عن طريق الحمل والولادة كما أنه ينتقل من قطر إلى آخر حتى لقد وجدت حالات في جميع أنحاء العالم. فالتنقل وانتشاره فهو مرض له وطأته العالمية. ومن آخر ما نشر في تقدير لليونسيف أن المصابين له حوالي أثنى عشر مليون بينهم ستة ملايين ونصف مليون أفريقي. وله إثارة النفسية والأسرية والاجتماعية والاقتصادية وقد أصبح الشغل الساغل لأجهزة الإعلام في الدول الغربية، وأصبح الإيدز يمثل الرعب الذي كان يمثلته أسم الطاعون في القرون السابقة حينما كان يقضى على عشرات الملايين من البشر<sup>(٢)</sup>.

ويؤكد فريق الأطباء العلماء الذين يدرسون هذا المرض على أن موطن هذا الداء جمهورية أفريقيا الوسطى. وكذلك يؤكدون على أن الفيروس الذي يسبب المرض قد اكتشف هناك وأنه كان متأسلا في القروء الخضراء ثم انتقل من جمهورية أفريقيا الوسطى إلى جزر الكاريبي التي تعتبر منتجعا طبيعيا مشهوراً وقد اعتاد الأمريكيون قضاء عطلةهم في هذا المجتمع ومن جزر الكاريبي تم نقله إلى أمريكا عن طريق الامريكان الشاذين جنسيا<sup>(٣)</sup>.

ولقد اكتشف الفيروس المسبب له HIV، في ١٩٨٣م، وأعطى في البدء عدة أسماء وفضلها قبولا عالميا HIV وهو اختصار لـ Human Immunodeficiency Virus «فيروس نقص المناعة البشرية».

(١) د. سيف الدين حسين شاهين، الأمراض الجنسية: الإيدز - الهربز - الزهري - السيلان. ١٩٨٨م. ص ٩١.

(٢) د. سعود الشبيشي، نقص المناعة المكتسبة الإيدز، احكامه وعلاقة المريض الأسرية والاجتماعية، دار ابن حزم، ١٩٩٥م.

(٣) د. طارق عبارة، وفي الإيدز عدوان من البشر أم عقاب من القدر. دار الثقافة، ١٩٨٦م، ص ٢٩.

### ثالثاً - انتشار الإيدز وأسبابه:

الشرارة الأولى تعلن عن بدء الحريق الهائل فى صورة خمسة مرضى يعانون من مرض غريب ويموتون فى ظروف غامضة فى عمر الشباب؟... كان التقرير الذى أعلنه مركز مراقبة الأمراض فى أتلانتا والتابع لمؤسسة الصحة الحكومى بريتانيا فى ظاهرة ولا يعنى أكثر من مرض ملفت النظر ومثير للاستغراب حيث نشر فى العدد ٥ يونيو ١٩٨١م من مجلته ذات العنوان «الاعتلال والوفيات الأسبوعية» أن خمسة أشخاص من مدينة لوس أنجلوس فى عمر الشباب توفوا بدون سوابق إمراضية بسبب مرض غريب خطر اعتصر أرواح المذكورين وخنقهم بالتدريج ودفع بهم إلى الموت؟...

كانت أعمارهم فى حدود الثلاثين، بعضهم قد أصيب بمرض جلدى نادر من نوع سرطانات كابوزى تلك التى وضعها الطبيب النمساوى قبل ما يزيد عن مائة عام وهى تصيب المسنين فى العادة فأى شئ طراً لجلود أولئك التعساء حتى بادرهم الشيب مبكراً.

كان مرضهم غريباً فهم يعانون من التهاب رئوى يصمد له الإنسان فى العادة فإذا بهم منهارون... ومن خلال الأسئلة تبين أن الحالات كانت من الشباب وكلهم لوطيون...<sup>(١)</sup>.

وبفضل هؤلاء اللوطيين والشواذ والمنحرفين والزناه والعصاة والفسقة ورواد الجنس وتجار الرقيق الأبيض وحرية الجنس وثورة الجنس والصور العارية، وإثارة الشهوات وطبع المجلات الداعرة، وتسويق الأفلام القذرة وانتشار تجارة الفيديو وكان روادها الأوائىل تجار جنس بالدرجة الأولى.

واستيقظ الأمريكيون على نباء لمرض يقارن فى أثمه أعظم الاثام. سمعوا الإيدز فأروا عنه، بين ليلة وضحاها سرقوا سر الخلعاء والشواذ وخرجت الصحافة بالعناوين الضخمة: وباء الخلعاء «وباء اللوطيين» - وخيم الفزع على البلاد طولا

(١) د. روني دى جواهرت، مائة سؤال وسؤال واجابتها - الإيدز، الدر السعودية، ١٩٨٨م، ص ٩.

وعرضاً وتناقلت اخبار المأساة القنوات، الراديو والتلفزيون وانهاالت التقارير، وكأن لا نهاية لها<sup>(١)</sup>.

ولقد اهتمت الدوائر الصحية الأمريكية اهتماما كبيرا بهذا الوباء الجديد، وعقدت العزم على الكشف عن أسرارهِ ووضعَت الخطط لمُتابعة، كلفت مراكز الوقاية من الأمراض المعدية كافة انحاء الولايات المتحدة بمحاولة الكشف عن المرض بكل الوسائل وحاولت العثور على أى مريض فى سن الشباب أو الرجولة لم يسبق اصابته بمرض يسبب تثبيط جهاز المناعة أو تعاطيه عقاراً يثبط المناعة يصاب بعدوى بميكروبات أو طفيليات أو فطريات نهابة أو يصاب بسرطان من الأنواع النادرة خاصة ساركوما كابوسى وحاولت هذه المراكز المنتشرة فى كافة انحاء الولايات المتحدة العثور على هؤلاء المرضى بتتبع طلبات الأطباء للحصول على عقار «بنتاميدين» المقصود توزيعه على مراكز الوقاية من الأمراض المعدية والذي، يطلبه الأطباء لعلاج الالتهاب الرئوى المتسبب عن طفيل «ينوموسستى رينى» وبدأت ادارات الطب الوقائى ومكافحة الأمراض المعدية فى بريطانيا ومعظم أوروبا تصنع الخطط بشأن الكشف عن مرض «الإيدز» لديها.

وهكذا أكدت هذه الاستراتيجية أن هذه المرض ينتشر بصورة وبائية فى أمريكا الشمالية خاصة الولايات المتحدة - وفى أوروبا الغربية، وبينت أيضاً أن هذا المرض لا يقتصر حدوثه على الشواذ من الرجال<sup>(٢)</sup>.

إذا أن أهم الفئات المعروفة للإصابة بمرض الإيدز هم:

- ١ - الشواذ جنسيا من الرجال ممن يمارسون الجنس مع بعضهم ومع النساء وهؤلاء يستكملون ٧٣٪ من مجموع حالات إيدز التى حدثت فى أمريكا وأوروبا.
- ٢ - المدمنون على المخدرات عن طريق الحقن بالابر وهم يشكلون ١٧٪ من مجموع حالات إيدز.

---

(١) ترجمة. إسيل خليل بيدس، إيدز الرعب القاتل وأسبابه والوقاية منها، دار الافاق الجديدة بيروت، ١٩٨٦م، ص ١٨.

(٢) مؤسسة الأبحاث الغوية، الإيدز الأسباب والوقاية والعلاج، ١٩٩٨م، ص ص ٣٥ - ٣٦.



٣ - المصابون بمرض الناعورية «الهيوفليا» وهم يشكلون ١٪ من مجموعة الحالات.

٤ - الذين نقل إليهم دم وهم يشكلون حوالى ٢٪ من المجموع.

٥ - البغايا والداعرات وأطفالهن وعائمت الشواذ جنسيا ١٪.

٦ - المهاجرون من جزر هاتى إلى أمريكا وغير الشاذين ويشكلون حوالى ٦٪ من مجموع الحالات فى أمريكا والحقيقة أن هؤلاء يوضعون فى مجموعة منفصلة لعدم معرفة طرق انتقال المرض إليهم بالتفصيل.

ويجب أن يلاحظ القارئ أن النسب السابقة للإصابة بالمرض تنطبق على الحالات التى حدثت فى أمريكا فقط<sup>(١)</sup>.

ولكن ما هو العامل المسبب لمرض نقص المناعة المكتسب «الإيدز» عندما عرف المرض لأول مرة عام ١٩٨١م وتأكد وجود انخفاض ملحوظ فى عدد الخلايا اللمفاوية المعاونة ظهرت فروض كثيرة منها أنه قد يكون نتيجة التعرض لمواد كيميائية مثل «نيتريت الأميل» الذى يستخدمه البعض للإثارة الجنسية وتقوية الأداء الجنسى أو نتيجة تفاعل مناعى مدمر أثر التعرض للسائل المنوى أو غيره، ولكن النظرية العالمية تشير بشدة أن هذا المرض يكتسب عن عدوى قد تكون عدوى بفيروس خاص<sup>(٢)</sup>.

وبدأ العلماء يبحثون عن هذا الفيروس الجديد وفى مايو ١٩٨٤م تمكن الفريق الأمريكى من عزل فيروس جديد من عائلة «فيروسات الإنسان المنعكسة للخلايا اللمفاوية».

والفيروس المنعكس هو الفيروس الذى يحتوى على أنزيم معين يمكنه من تخليق حامض «د. ن. أ» المؤدى من حامض «ر. ن. أ» المؤدى فى عملية عكسية

(١) د. حرب عطل الصرفى، مرجع سابق، ص ٥٦.

(٢) د. محمد صادق صبور، مرض نقص المناعة المكتسب إيدز، مركز هرام للترجمة والنشر، ١٩٩٣، ص ٦٤.

بدلاً من البدء بحامض «د. ن. أ» الذي يخزن المعلومات الزرئية وتنتقل منه إلى تخليق حامض «ر. ن. أ» كما حدث في باقي الخلايا في كافة المخدرات الحية.

#### رابعاً - أعراض المرض وطرق انتقاله:

خطورة مرض الإيدز الحقيقة تبدو في طول مدة الحضانة، وهي الفترة التي تبدأ من التعرض للعدوى وتنتهي مع ظهور أعراض المرض. وهي تتراوح بين عام وخمسة أعوام. هي فترة طويلة جداً بالمقارنة بمثلتها في الأمراض الأخرى.

ففي مرض السيلان على سبيل المثال تستمر من يومين إلى عشرة أيام: أي أن المرض تظهر أعراضه على المريض بعد يومين إلى عشرة أيام من إصابة بالميكروب الذي يسبب السيلان وهكذا لكل مرض مدة حضانة معينة.

وخلال فترة الحضانة يكون فيروس الإيدز داخل الجسم دون أن يشكو المريض من أي أعراض على الإطلاق ويعيش حراً طليقاً حاملاً للمرض فترة طويلة ويكون قادراً على نقل العدوى للآخرين، آلاف الأبرياء من خلال الإتصال الجنسي أو بأي طريق آخر هذا وتظهر أعراض الإيدز بانتهاء فترة الحضانة كما يلي:

- ١ - ارتفاع في درجة الحرارة. مع عرق غزير، خصوصاً أثناء الليل.
- ٢ - احتقان في الأنف والقصبة الهوائية، مع سعال جاف مصحوب بارتفاع في الحرارة وإحساس بضيق في التنفس، ويظن المريض أنه قد أصيب بنزلة برد أو نزلة عادية.
- ٣ - آلام في البطن وإسهال شديد وتقليل الشهية.
- ٤ - تضخم الغدد اللمفاوية في أماكن متفرقة مثل تحت الأذن وعلى العنق، وفي الإبطين، وفي أعلى الفخذين عند إتصالها بالبطن.
- ٥ - يفقد المريض الكثير من وزنه ويبدو الشحوب على وجهه نتيجة فقر الدم «الانيميا الشديدة».
- ٦ - عدم التوافق في الحركة مع ضعف في عضلات اليدين والساقين.
- ٧ - ظهور بعض البثور على الجلد.
- ٨ - ظهور بقع بيضاء في الفم سيمكه نوعاً ما، وتظهر على كل أجزاء الفم من الداخل وليس على اللسان وحده.

- ٩ - اورام حمراء داكنة تظهر فى أى مكان فى الجسم وتزيد فى الحجم.  
١٠ - كثرة النسيان، والتعلثم والارتعاش.  
١١ - الضعف الجنسى.

ومع ظهور هذه الأعراض يلجأ المريض إلى وسائل العلاج الروتينية التى تتخذ فى مثل هذه الحالات قد لا يستجيب لها، ومن ثم يدخل مراحل التدهور السريعة لعدم وجود المناعة الكافية عنده لمواجهة فيروس المرض.

وقد يتعرض لالتهاب رئوى حاد يقضى على حياته. ويظهر فى صور الأشعة لهؤلاء المرضى الفيروس المسبب لمرض الإيدز فى الحويصلات المرضية والتى تنتشر لتصيب الرئتين معاً<sup>(١)</sup>.

وبالرغم من وجود هذه الأعراض فإن مرض الإيدز قد يصعب تشخيصه. ولا تشخص الحالة تشخيصاً فاطماً إلا عند حدوث بعض الأمراض المترتبة أو بعض السرطانات النادرة.

ومن الجدير بالذكر: أن هناك بعض التوجيهات المرضية، والدراسات المختبرية والشعاعية، التى قد تساعد على التشخيص فى الأدوار الأولى للمرض<sup>(٢)</sup>.

أن فيروس الإيدز يصيب الجهاز المناعى وذلك من خلال تركيزه فى خلايا كرات الدم البيضاء والتكاثر بداخلها والقضاء عليها فى النهاية وفى غيبه الجهاز المناعى الذى هو كالحارس على جميع خلايا الجسم من أى ميكروب غاز...

ويؤدى بالتالى إلى إصابة الإنسان بالعديد من الأمراض بمنتهى السهولة وبدون أى مقاومة وعلى ذلك فإن الأعراض التى تصيب مريض الإيدز هى فى الحقيقة ناتجة عن عدم قيام الجهاز المناعى بوظيفته الدفاعية وهذه الأعراض فى حقيقة الأمر هى مجموعة الأعراض المرضية للعديد من الأمراض المختلفة وليست مرضاً واحداً ويمكن القول أن فيروس الإيدز يفقد الإنسان مناعة ضد أى مرض أو ميكروب فى الجو المحيط به وينتج عنه نقص الوزن وتضخم فى الغدد اللمفاوية

(١) محمد رفعت، مرجع سابق، ص ص ٣٣ - ٣٥.

(٢) د. محمد صادق زلزلة، مرجع سابق، ص ١٥٨.

والإصابة بالتهابات جلدية والتهاب، رثوى كذا الإصابة ببعض أنواع السرطانات وكلها أعراض تؤدي بحياة المريض<sup>(١)</sup>.

وتختلف الأمراض المترتبة التي تصيب مرضى الإيدز باختلاف المواقع الجغرافية للأشخاص المصابين بالمرض، حيث تؤثر البيئة على نوعية تلك الأمراض المترتبة.

وبالتالي على نوع الأعراض التي تظهر عليهم والتي يعتمد عليها الطبيب في تشخيص المرض وفي المناطق الاستوائية وحوض الكاريبي، وأفريقيا الوسطى مثلاً يكون مرضى الإيدز معرضين للإصابة بداء المقوسات، وداء المكورات الخبيثة. ذاء البوغيات الجينية، ومرض التدرن. كذلك فإن الإسهال وفقدان الوزن هما على الغالب ما يشكو منه مريض الإيدز في المناطق الاستوائية وأن التدرن أكثر إصابة هؤلاء المرضى في المناطق الأستوائية من الإصابة بذات الرئة بالكيسات الرئوية الكارينية التي هي في الغالب أكثر حدوثاً في المناطق المعتدلة<sup>(٢)</sup>.

ولكن كيف ينتقل مرض الإيدز...

ينتقل فيروس «إيدز» بأحدى الوسائل التالية:

- ١ - العلاقة الجنسية: بين الشواذ (رجل ورجل) وبين الأسوياء (رجل وامرأة).
- ٢ - بنقل دم أو نقل أحد مركبات الدم.
- ٣ - من الأم إلى الجنين في بطنها عن طريق الانتقال المشيمي أو إلى طفلها حديث الولادة أثناء مروره في قناة الولادة أو أثناء الرضاعة.
- ٤ - ثبت وجود فيروس «إيدز» في اللعاب وقد تنقل العدوى عن طريق تبادل اللعاب أثناء التقبيل.

العلاقة الجنسية:

ينتقل المرض عن طريق السائل المنوي من رجل إلى رجل أو من رجل غلى امرأة وانتقاله من امرأة إلى رجل ممكن ولكنه قد يكون ناد الحدوث.

(١) محمد رفعت، مرجع سابق، ص ص ٣٧ - ٣٨.

(٢) د. محمد صادق زلزلة، مرجع سابق، ص ١٣٥.

عندما ثبت وجود الفيروس فى السائل المنوى، بدأت منظمات التلقيح الصناعى فى اختبار السائل المنوى المحفوظ فى بنوك المنى لديها للتأكد من خلوه من الفيروس المسبب للمرض وقد ثبت (إلى الآن) أن العدوى قد انتقلت عن طريق التلقيح الصناعى بسائل منوى ملوث فى خمس حالات.

#### انتقال الفيروس مباشرة إلى الدم:

ثبت تماماً أن الفيروس عقد ينتقل من الدم أو مركباته أو العامل الثامن من عوامل التجلط من المريض أو حامل الفيروس إلى السليم ويسبب العدوى ولكي تحدث عالعدوى فإنه لابد للفيروس من دخول الدورة الدموية مباشرة ولا تحدث العدوى (حسب عما توصل إليه العلم إلى الآن) من مجرد تلوث الجلد الدم.

#### الانتقال الرأسى للمرض:

قد يصاب الطفل حديث الولادة بمرض نقص المناعة المكتسب بالعدوى بطرق عدة كما سبق الشرح.

#### العدوى عن طريق اللعاب:

ثبت حديثاً وجود الفيروس لمرض «إيدز» فى لعاب المرضى فى أطواره الأولية مثل تمكن المرض منه وكذلك فى لعاب المخالطين لمرضى مصابين بمرض «إيدز» وهذا يشير احتمال أن المرض قد ينتقل عن طريق التقبيل ولكن لم يتمكن العلماء حتى الآن من تقدير أهمية هذه الطريقة من طرق العدوى ولا نسبة أسهامها فى انتشار المرض.

ومما لا شك فيه أن الطريقة الأساسية لا انتشار المرض والوسيلة الرئيسية للعدوى هى العلاقة الجنسية أو نقل الدم ومركباته<sup>(١)</sup>.

وثبت أن الإيدز لا ينتقل عن طريق المخالطة العادية للمرضى ... بدليل أن الأطباء الذين قاموا بتشريح جثث ضحايا الإيدز فى مراحله الأولى لم يتعرض واحد منهم للعدوى، كذلك الأطباء والمرضات الذين يشرفون على علاج مرضى الإيدز فإنهم أيضاً لم يصابوا.

(١) محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص ص ٥٠ - ٥٤.

والحالة الوحيدة التي سجلت كانت في بريطانيا، حيث دخلت إبرة عن طريق الخطأ في أصبع الممرضة وكانت قد استخدمت في حقن مريضة بالإيدز، وبذلك انتقلت العدوى إلى الممرضة<sup>(١)</sup>.

وهكذا نجد أن فيروس الإيدز لا ينتقل من المريض إلى السليم بالملامسة العابرة فهو لا ينقل عن طريق:

١ - ملامسة الجلد كالمصافحة أو التقبيل على الخدين أو اليد: ومع أنه ظهرت حالة إيدز في امرأة بريطانية كانت تعتني بمريض مصاب بالإيدز إلا أنه وجد دمه في تلك التقرحات، فانتقل الفيروس إلى المرأة ولربما كانت للمرأة علاقة مشبوهة لم تفصح عنها.

وهذا دليل قوى على أن العناية بمرضى «الإيدز» إذا أخذت الاحتياطات اللازمة للوقاية من دخول سوائل جسم المريض إلى جسم العاملين في المستشفيات لا تكون سبب في الإصابة بالمرض بين العاملين في المستشفيات.

٢ - المعاشة مع الكمرريض في نفس البيت: الفيروس لا ينتقل بين أفراد العائلة غالباً بالالتصاق الوثيق عدة على أفراد عائلات المرضى من ضمنها فحوصات الدم للبحث عن الأجسام المضادة للفيروس، ولم يثبت أن أي من أفراد العائلة أصيب بالعدوى.

٣ - الوجود مع المريض في المدرسة: لقد حدثت ضجة كبيرة في بعض المدارس الأمريكية والإنجليزية حينما وجد أن أحد الطلاب في بعض تلك المدارس مصاب بمرض «الإيدز».

وقد أصيب أهالي الطلبة الآخرين بالجزع والخوف الشديد، وكثير منهم منع أطفاله من الذهاب إلى المدرسة، وطالبوا بمنع الطالب المريض من دخول المدرسة، والحقيقة أنه لم يثبت أن المريض يعدو الآخر بمجرد وجوده معهم في نفس المدرسة.

(١) محمد رفعت، مرجع سابق، ص ٤٣.

٤ - العمل فى نفس المكان مع شخص مصاب بالمرض: فهذه حالة مشابهة لطالب المدرسة حيث أن المرض لا ينتقل بهذه الطريقة. وهو ليس معدى بدرجة شديدة ولكن بسبب الخوف من المرض والناحية الاجتماعية المرتبطة به فهو معروف أن الشواذ، فمن الصعب قبوله داخل شخص مصاب بمرض «الإيدز» بينهم.

٥ - تغسيل الميت وتكفينه: لا ينتقل المرض عن طريق تغسيل الميت وتكفينه. ولكن لزيادة الاحتياط يؤمن استعمال كفوف بلاستيكية أثناء غسل الميت وتكفينه.

٦ - لدغة الحشرات كالبعوض زوالناموس وغيرها: وقد طرح السؤال من قبل الجمهور فى عدة محاضرات القيتها.

وقد أجريت دراسات على الحشرات فى المناطق الأفريقية التى ينشر فيها الإيدز ولم يثبت أبداً أن لدغة الحشرات تنقل المرض.

٧ - ممارسة العادة السرية: كثير من الشباب يسأل فيما إذا كانت ممارسة العادة السرية تسبب المرض. والإجابة بالنفى، أى أنها لا تسبب المرض.

٨ - استعمال دورات المياه والمراحيض فى البلدان التى يوجد بها المرض. فاستعمال المراحيض لا يؤدى إلى انتقال المرض<sup>(١)</sup>.

كما أن استخدام الهواتف العامة، أو صنابير المياه، الأكل فى المطاعم، السباحة فى حمامات السباحة، المشاركة فى الأكل من نفس الطبق أو استخدام نفس المعلقة أو الشوكة، أو استخدام المناشف أو اغطية الأسرة، أو الأثاث المنزلى. كل هذا الطرق لم يثبت نقلها لفيروس الإيدز<sup>(٢)</sup>.

(١) د. حرب عطل الهرفى، مرجع سابق، ص ٥٣ - ٥٥.

(٢) د. أسامة قنديل (الإيدز اكتشافات جديدة وتطورت تفيدة) صحتك اليوم، العدد الثالث، إبريل يونيو ٩٧.

وهناك زيادة في معدل التحرك والهجرة على المستوى الداخلى والدولى. فالحركة لها أثران هامان على الجنس أولاً، يجلب الأفراد والمجموعات الاجتماعية فى اتصال القيم الاجتماعية والجنسية. ثانياً - وأكثر مباشرة وذلك بتحديد المقاييس المساحية والاجتماعية فى إطار التواصل الجنس التى تتم. فالسياحة الدولية تشتمل على التواصل الجنسى بين السائحين والمجتمعات الأصلية. حيث أن هناك دلالات واضحة لا نقال الـ HIV. فالحركة العالية بين المناطق الريفية والمراكز الحضرية فى عدة أقطار نامية. والتى توفر قاعدة للانتقال السريع للـ HIV. وخلال التاريخ البشرى فإن الحروب ٨ والصراعات المدنية قد اعتبرت كعوامل هامة ولانتشار الأوبئة كما حدث فى الحرب العالمية الثانية<sup>(١)</sup>.

### خامساً - الوقاية والعلاج :

الوقاية هنا خير من العلاج حيث أن العلاج مازال فى مراحله التجريبية وتتكون الوقاية على المستوى الشخصى من الابتعاد عن العوامل والظروف التى تؤدى إلى الإصابة بالمرض، وهذه معروفة وأهمها تحاشى العلاقات الجنسية غير الطبيعية وغير الشرعية ولو كانت غير منتظمة ومتباعدة فمعظم المرضى من الرجال الشاذين جنسياً. ثم تحاشى تعاطى المخدرات عن طريق الوريد حيث تؤدى الإبر الملوثة إلى انتقال الفيروس من المرضى والحاملين للمرض إلى غير المصابين. وعادة ما يختلط الشذوذ الجنسى بتعاطى المخدرات فى بيئة واحدة. والخطر هنا يكمن فى حامل المرض دون ظهور أى أعراض عليه.

وبالنسبة لا حتمال الإصابة بالإيدز من نقل الدم الذى يحتاجه الملايين يومياً فيجب فحص كل متبرع للدم قبل إعطاء دمه وإجراء التحاليل الخاصة بالمرض عليه قبل السماح له بالتبرع ... وإذا كانت التحاليل موجبة فيجب استبعاده فوراً من لأئحة المتبرعين وتوزيع اسمه على مراكز التبرع بالدم الأخرى تماماً من الخارج فيجب إجراء نفس التحاليل عليه للتأكد من خلوه من فيروس الإيدز. وليس الدم فقط وإنما أيضاً منتجات الدم مثل البلازما وعوامل التجلط مثل عامل «٨» لعلاج الهيموفيليا. ويجب استبعاد الشاذين جنسياً ومدمنى المخدرات والعاهرات

(1) Op. Cit, P. 88.



من التبرع بالدم. وعلى الأطباء التقيد التام بوجود حاجة ماسة لنقل الدم إلى مريض ما قبل اتخاذ القرار باعطاء الدم.

ويمكن أن استعمال دم المريض نفسه لنقله إليه عند الحاجة سواء تم الحصول عليه قبل العملية بفترة أو أثناء العملية ... وهو أفضل كثيراً من الدم المستورد<sup>(١)</sup>. يتطلب علاج المريض بمرض نقص المناعة المكتسب إجراء أبحاث معملية مخصصة ودقيقة لتشخيص المرض ومتابعة المرض ويتطلب عناية تمريضية خاصة ويحتاج المريض لدخول المستشفى عدة مرات خلال العم للعلاج من حالات حرجة إثر الإصابة بالعدوى باحد الميكروبات النهازية. لمدة عامين أو ثلاثة أعوام قبل أن يتوفى. ولهذا الاسباب كلها يتكلف علاج المريض بهذا المرض مبالغ باهظة. وقد قدرت تكاليف علاج المريض الواحد بمرض الإيدز في الولايات المتحدة بحوالى ٥٠ ألف دولار وفي بريطانيا بحوالى ١٥ الف جنيه استرليني. هذا عن متابعة وعلاج المريض المصاب بالصورة المتكاملة للمرض في مراحله المتأخرة. فإذا أضفنا إلى هذه المبالغ تكلفة تشخيص ومتابعة وعلاج الاطوار الأولية للمرض وكذلك تكاليف المؤثرة والنصيحة وخاصة تكاليف إلى عنان السماء لكل هذه الدواعى الاقتصادية وغيرها ممن الدواعى الطبية والاجتماعية كان لزاما على العلماء البحث عن طريق للوقاية من الإصابة بالمرض تغنى عن الحاجة إلى تعقبه وتشخيصه علاجه<sup>(٢)</sup>.

### سادساً - قيم المجتمع ... فى مواجهة الخطر :

قد يكون أن تقرر فى هذا الموضوع، أن للدين موقفاً معروفاً وليس عليه خلاف. من المتع الحسية. وهو ليس موقف الإباحة المطلقة ولا هو موقف التحريم المطلق. وإنما يبيح الدين من هذه المتع صنوفاً معينة تسمى بلغة الدين: حلالاً. ويمنع صنوفاً أخرى تسمى فى لغته حراماً.

وإذا كانت طرق نقل العدوى بالإيدز وبالأمراض لا المنقولة جنسياً يدور فى معظمها حول محور المتع التى يحلها الإنسان لنفسه.

(١) د. محمد القبيى و د. أحمد أبو خطوة، إيدز ٨٦، الشركة السعودية للأبحاث والتسويق، ١٩٨٦م، ص ص ٩١ - ٩٢.

(٢) محمد صادق صبور، مرجع سابق، ص ١٠١.

وصور السلوك التي يباشر بها الحصول على هذه المتع. فإن البحث في أثر الاستمساك بالدين. وبقِيم السلوك التي يفرضها، وبالقيم الخلقية التي يوصى بها على الجهود المبذولة جنسياً هذا البحث يقتضى التعرف على المباحات والمحرمات من صور الاستمتاع هالحي، ليتأكد أن الأخذ بأهداف التقاليد الدينية كفيل بإغلاق معظم الابواب المفتوحة التي يدخل منها هذا الوباء المدمر لحياة الفرد وحياة الجماعة معاً.

وجماع أحكام الأديان السماوية تفي هذه الأمر أنها: تل الزواج وترغب فيه وتخص عليه وتحرم ما سواه من وسائل الاستمتاع الجنسي، وأنها تأمر بالمحافظة على القوة العقلية للإنسان وتحرم النظر عن طريق تناوله. أنها توجب العناية بالنظافة العامة والصحة العامة عناية تمنع الإنسان من الوقوع في مسببات الإصابة بالأمراض المهلكة ومن فقد عني الإسلام في مصدر تشريعه الأول - القرآن الكريم - بالزواج عناية خاصة واسبع عليه قدسية تجعله قريباً بين سائر العقود<sup>(١)</sup>.

الوازع الديني هو أقوى الضوابط ... والتنشئة الدينية والاجتماعية لا تقتصر على الاسرة بل هي عملية يسهم فيها كثير من الهيئات.

والمؤسسات ... وهذا النوع من التنشئة لا يلحق بل يمتزج بالإنسان منذ نعومة أظافره وإن التوعية غير المباشرة المنية على أسس وافية يقبلها الإنسان أفضل من التوعية المباشرة. والتربية الإسلامية تسعى إلى تعميق وإرساء المبادئ الأخلاقية والالتزام بالضوابط النفسية والاجتماعية وترسم خطى النمو الدين في مدارج العمر من اجل صحة الفرد النفسية التي تتمثل في سعيه المتكامل في الحياة الدنيا دون انحراف أو ضلال والتوعية الدينية تتمثل في طرائق الغرشاد الديني القائم على المبادئ والاهداف الأسس الدينية والاخلاقية والروحية والتوعية الدينية تهدف على اعداد الفرد المتكامل الذي يتوافق سلوكه مع إيمانه بالعقيدة من اجل التوافق النفسي والاجتماعي للفرد وصحته النفسية والتزامه بالضوابط الدينية والاجتماعية التي تقلل من الانحراف السلوكية في المجتمع<sup>(٢)</sup>.

(١) د. حسين عبد الرزاق وآخرون، دار الدين والخلقيات في الوقاية من الإيدز ومكافحته، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥.

(٢) د. سيف الدين شاهين، مرجع سابق، ص ١٣٧.

ولابد من التوعية للشباب بخطورة الأمراض الجنسية على أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعهم ومن الأمور النافعة فى هذا المجال:

- ١ - النظافة الشخصية وعدم الاختلاط بمن يشتبه بإصابتهم بهذه الأمراض
- ٢ - تجنب العلاقات الجنسية غير المشروعة.
- ٣ - إخضاع كلاً من الزوج والزوجة لفحص طبي قبل الزواج.
- ٤ - عدم معاشرة الزوجة إذا حدث إرتكاب المحرم والعياذ بالله.
- ٥ - عدم الخجل من الطبيب فى حالة حدوث المرض.

ووسائل الإعلام فى المجتمعات أصبحت تمثل سلطة قوية ومنظمة لها تأثيرها القوى فى توجيه الافراد والمجتمعات وتوعيتهم ونقل المعلومات إليهم واعداد برامج وباسلوب يتقبله الشباب ينتظر موعدها ويتابعها يشفق لابد من تضافر الجهود من كل مسلم يستطيع أن يقوم شيئاً من هذا القبيل ومن جهات رسمية عديدة<sup>(١)</sup>.

فالمسلم يجب أن يقدم مثلاً أخلاقياً رفيع المستوى فضلاً عما يؤدى إليه تقديمه لهذا المثل الاخلاقى من تحقيق لاهداف العقيدة الإسلامية وبلامة بنية المجتمع الإسلامى فإنه سيقدم لغير المسلمين صبرة مشرفة للشخصية المسلمة قد يكون لها تأثيرها فى جذب الكثيرين إلى ديننا الحنيف<sup>(٢)</sup>.

أن الالتزام بالخلق القويم والسلوك السوى والتمسك بالفضيلة والفقہ التى يدعو عليها غياهب النزوات والفواحش والمحرمات ... كما انه يجنيه ويلات الإصابة بالأمراض الجنسية العديدة وعلى رأسها هذا المرض القاتل «الإيدز» والحقيقة الثابتة أن هذه المرض لا يصيب المسلم الملتزم بالخلق القويم والذى يعرف دينه ويتبع تعاليمه وينتهى عن نواهيه...

ومما لاشك فيه أن الإسلام يعتبر وقاية وحماية من الوقوع أو التردى فى مثل هذه الموبقات البغيضة والمهاللك الممقوتة.

(١) مرجع سابق، ص ١٤٠ - ١٤٢.

(٢) مرجع سابق، ص ١٤٦.

حيث حذر القرآن الكريم منذ أكثر من ١٤٠٠ عام من الانغماس في هذه الفاحشة المنكرة التي لا يقترفها إلا أصحاب النفوس الضعيفة والمزج المنحرف والشهوات البهيمية والعلاقات الشاذة<sup>(١)</sup>.

ولا يتوقف الإيدز أمام الجنس أو اللون أو الطبقة أو العمر بل أنه يهدد مجتمعات بأكملها ويغير أنماط الحياة اليومية لكل الناس إلا أن الاستقامة والوعى والعفة من أهم عوامل السلامة من الإيدز... إن المبادئ الدينية والضوابط الثقافية، وغيرها من معايير تقدير الخطأ والصومانب التي تؤثر في بناء شخصية الفرد والأسرة والمجتمع على نحو يقلل من وقع وانتشار العلل والالوجاع المرتبطة بالسلوكيات ومن بينهما الغيدز. وفي الحصن المنيع، السياج الواقى من كل شر بمشيئة الله. وإلى أن يصل البحث العلمى لعلاج يشفى من الإيدز. أو لقاح يقى من الإصابة به. فليس أمامنا سوى معرفة الإيدز جيداً وتقويم السلوك الشخصى للوقاية من انتشار الفيروس. وتجنب الوقوع فى براثن المرض بكل السبل<sup>(٢)</sup>.

أصبحت الصحة أو المرض فى مجتمع ما انعكاساً للإار الثقافى فيه. أى نتيجة لعاداته وقيمة التى تتصل بالصحة كالغذاء والشراب والترويح والرياضة والنظافة. وكل ما يتصل بالعادات الجنسية فى مجتمع ما.

ولهذا تحدث علماء الغنسان عما سموه بالمعادلة الثقافية الصحية أى القيم والعادات والتقاليد والممارسات السلوكية من ناحية أخرى.

الأمر الذى ينبغى ألا ينظر معه إلى مرض عام أو باء ظهر فجأة ليهز الضمير العالمى كالأيدز من حيث أعراضه المرضية أو طرق علاجه بعيداً عن أنماط السلوك ونسق العادات التى نشأ فى محيطها أو فى محيط ثقافات فرعية نشأت هذه المجتمعات<sup>(٣)</sup>.

(١) د. إبراهيم محمد عامر، مرجع سابق، ص ص ١٦٧ - ١٦٨.

(٢) د. خالد العصيمى، مرجع سابق، ص ٢٢٦.

(٣) مرجع سابق، ص ٢٣٣.

## سابعاً - الوضع الاجتماعى لمرضى الإيدز:

يتضح لنا من خلال هذا الفصل الخوف الذى تتصف به معاملة مريض الإيدز والارتباك والشك خاصة بين الذين يهتمون عن قرب والمحيطون به. فمما جعل الناس يتسارعون عن الإجراءات الوقائية التى تحميهم من هذا الوباء القاتل.

حتى اهل المريض يحذرون من التعامل معه أو الاهتمام بعلاجه مما جعل مريضى الإيدز فئة منبوذة فى المجتمع ويتحاشى الجميع التعامل أو التعايش معها. مما يترتب على ذلك من معاناة كثيرة وأهمها المعاناة النفسية. مما يجعل مريضى الإيدز يكن العداء للمجتمع نتيجة لذلك اللوم الموجه له...

وقد تبين أن مرض الإيدز وباء عصرى وحيث أنه مرض ليس له علاج حتى الآن ولا حدود له زمانية أو مكانية. فهو ينتقل إلى الزوجين عن طريق المعاشرة الجنسية... فالمعاشرة الجنسية بين سليم ومريض من وسائل نقل المرض المتفق عليه بين الأطباء.

وتسليط الضوء على مجموعة نظريات وأقوال فى كيفية انتقال فيروس الإيدز إلى الاجنة. ووجود الفيروس فى حليب الام مما ينتج عنه الإصابة عن طريق الرضاعة من الام. وكذلك حدوث الإصابة أثناء الولادة... والتطرق إلى أن الواجب أن لا ننظر إلى المريض نظرة عدوانية أو نظرة اتهام لأنه قد يكون بريئاً وتم نقل دم إليه. والحذر من إساءة الظن بالمصابين والبعد عن القذف أو الشك بإقامة علاقات جنسية محرمة لمريض الإيدز مع العلم أن مرض الإيدز يعتبر أكثر ارتباطاً بالعلاقات الجنسية المحرمة أو المشبوهة وبالشدوذ الجنسية لأنه أول ما ظهر كانت العلاقات المحرمة هى التى تسببت فى انتشاره وظهور الفيروس المسبب لهذا الوباء الخطير. ولكن ذلك ليس قاعدة ولمسنا العلاقات الأسرية لمريض الإيدز التى قد تتأثر وحتى تنهار وتفكك نتيجة الإصابة بهذا الوباء الفتاك.

ودور الأسرة وواجباتها تجاه ذلك المصاب أو المريض بالإيدز من تكاتف وتعاون معه ليتغلب على أزمته ومرضه ويسترجع ثقته فى نفسه. لأن الكرب

والضيق والخسرة والألم يحل بكل شخص مصاب بالعدوى للخوف من تطور المرض وتغير السلوك المعتاد وتغير الوضع الاجتماعي للمريض. والخوف من ردود أفعال الآخرين. ومن يحيط به من احتقار وازدراء والبعد عنه خوفاً من الموت المحتم والنهاية المصرية.

فيبدأ هو «مريض الإيدز» بهجر إلى خرين وتجنب المجتمع وينطوي تحت ستار الوحدة والعزلة والتخلي عن المحيط الذي يعيش فيه. والاكتئاب الذي يكون واضحاً جلياً عليه.

تم توضيح بعد ذلك والتطرق إلى قيم المجتمع وعاداته ودور الدين وهو الأهم في مواجهة ذلك الخطر الداهم والوباء القاتل.

وموقف الإسلام من العلاقات الجنسية التي جعلها في إطار شرعي واسع عليها قدسية وشرعية خاصة. فأحل الزواج وحرم الزنا.

وحرم كل ما يوقع الفرد في مسببات الإصابة بالأمراض المهلكة ومن أهمها وأخطر الأمراض المنقولة جنسياً واختصها بمرض الإيدز.

ونبين أن الوازع الديني هو أقوى الضوابط وأجلها. ومساهمة كثيرة مكن الهيئات والمؤسسات في التنشئة الدينية والاجتماعية ولس فقط الأسرة.

ودور وسائل الإعلام التي أصبحت سلطة قوية لها تأثيرها في توجيه الأفراد والمجتمعات وتوعيتهم. ومما لاشك فيه أن الإسلام يعتبر خير وقاية وحماية من الوقوع في المهلك والفساد والشهوات البهيمية والعلاقات الشاذة. ذلك لأن الإيدز لا يعرف طبقة أو لون أو جنس أو عمر بل هو خطر يهدد مجتمعات بأكملها وأمم بأسرها. وإل أن يصل العلم إلى اكتشاف علاج لهذا الخطر القاتل والوباء فليس هناك إلا معرفته والحذر منه وتقويم السلوك الشخصي للوقاية من انتشار الفيروس.

وقد تبين لمرضى الإيدز متأثير على الاقتصاد لأن علاجه والتصدى له يكلف أموالاً كثيرة وطائلة. فهو وباء ترتفع نفقاته الطبية والعلاجية ونتيجة للإعباء المالية

الكبيرة والضحمة مع تزايد حالات الإصابة بهذا المرض تصبح الأجهزة الحكومية عاجزة عن توفير كل هذا العلاج والرعاية لجميع المرضى وفي جميع مراحل المرض. ومن ناحية المريض كذلك وأسرته فهو «علاج مرض الإيدز» يؤثر عليه وعلى دخلة وميزانيته لأن العلاج يتطلب فترة طويلة من الزمن. ويؤثر مرض الإيدز كذلك أيضاً على انتاج الفرد وعلى عمله وعلى الاقتصاد بصفة عامة. مما يستدعي الوقاية منه لتفاديه والاستغناء عن تشخيصه وعلاجه.

إن وعى المواطن مهم جداً ليس فى الوقاية ضد مرض الإيدز القاتل فحسب بل ضد الأمراض الأخرى<sup>(١)</sup>.

وعلى المصابين بفيروس الإيدز الالتزام بما يلى:

١ - عدم إعطاء دمائهم لبنوك الدم أو المستشفيات للاستعمال فى الحالات المستعجلة دون إجراء الفحص اللازم أو القيام بتسخين الدم لتعقيمه أو تعقيم مشتاقته.

٢ - عدم إعطاء بلازم الدم كتبرع أو بيع لأى من بنوك الدم أو المستشفيات لأن الفيروس موجود أيضاً فى بلازما الدم.

٣ - عدم إعطاء أى جزء همن أنسجة جسمهم لغير المختبرات المتخصصة والتي تعرف بوجود الإصابة لديه كمنخاع العظام مثلاً الذى يستعمل كعلاج فى بعض الأمراض.

٤ - عدم التبرع بأعضائهم كالتبرع بالكلية مثلاً لمرضى يحتاجها لأنهم حتى وأن كانوا يحاولون إعطائه هذه الكلية لإنقاذ حياته فإنهم يعطونه معها داء الإيدز الويل.

٥ - يمنع إعطائهم وتسحب منهم أن كانت لديهم بطاقات التبرع بالأعضاء إذ قد يتوفون فجأة وينقلون إلى المستشفى معين لا يعرف تاريخهم الصحى فيجد البطاقة معهم فيستعمل اعضائهم لمن يحتاجها مما يؤدى إلى الضرر الأكبر يدل النفع المحتمل.

(١) د. حرب عطا البلوى، مرجع سابق، ص ٩٨.

٦ - إعلام أطباء عيونهم وأسنانهم ومختبرات فحص الدم بإيجابية فحوصهم للإيدز لأخذ الإجراءات اللازمة لعلاجهم بصورة صحيحة وسليمة<sup>(١)</sup>

٧ - ويجب أيضاً تزويد المؤسسات الصحية المتخصصة باستقبال المصابين كأقسام الأمراض التناسلية فى الجهاز البولى. وعيادة الأمراض الجنسية المعدية الوقاية اللازمة.

٨ - تزويد هذه المؤسسات أيضاً بالأخصائيين النفسية والاجتماعيين لدراسة ومعالجة وتوجيه كل مريض مصاب بالإيدز.

٩ - نشر التوجيهات العامة لطريقة التعامل مع المصابين داخل مجتمعاتهم وداخل أسرهم للوقاية من العدوى ولعدم التسبب أيضاً بهبوط معنويات هؤلاء المصابين لأن هذا الاحباط شديد الأذى للمرضى.

١٠ - نشر موضوعات رعاية المصابين والارشادات الصحية الضرورية للتوعية والتوجيه وعدم تحويل الأمر إلى رعب عام.

١١ - توضيح أسلوب التعامل مع افرازات هؤلاء المرضى فى المستشفيات ومؤسسات الرعاية المتخصصة.

كما أن هناك لوائح صحية عامة وتنظيمات يجب القيام بتطبيقها:

١ - قيام السلطات ذات الصلاحية بإصدار أوامرها للجهات المتخصصة بنقل مريض الإيدز إلى مستشفى تتوافر فيه وسائل العلاج والوقاية منعاً لانتشار المرض.

٢ - القيام بالفحص المباشر لأى مشبوه بالإصابة خاصة الشواذ جنسياً ومتاعلى المخدرات عند التبليغ عنهم أو القبض عليهم أثناء قيامهم بأفعالهم هذه، وفحص مخالطيهم ومساكينهم وذويهم فوراً للتأكد من خلوهم من الإصابة وفى حال وجود أى إصابة حجز المصاب فى المستشفى الخاص فوراً.

(١) د. محمد رفعت، مرجع سابق، ص ص ١٣٨ - ١٣٩.



- ٣ - لا يقوم بالفحص إلا طبيب متخصص ملم بوسائل الوقاية من العدوى...
  - ٤ - عند وفاة أى مصاب يجب إتخاذ إجراءات خاصة لنقل جثمانه.
  - ٥ - تزويد بنوك الدم وبنوك الأعضاء باسماء المصابين كجى تمتنع عن استعمال دمائهم أو أعضائهم لأشخاص آخرين فتعرضهم للعدوى الأكيدة.
  - ٦ - إجراء الفحوصات اللازمة فى المطار عند الاشتباه بأى شخص قادم بأنه قد يكون مصاباً خصوصاً القادمين من البلاد الموبوءة بالإيدز.
  - ٧ - تحذير الموانين المسافرين إلى بلاد الموبوءة بالإيدز وتوعيته للابتعاد عن احتمالات العدوى خاصة مرضى الإيدز الأفريقى والبلاد التى تأخذ بمبدأ الحرية الجنسية - سبب كل وباء - كالولايات المتحدة الأمريكية والبلاد التى أباحت الشذوذ الجنسى والعياذ بالله كبريطانيا والبلاد التى أباحت استعمال بعض المخدرات كبعض البلاد الاسكندنافية<sup>(١)</sup>.
  - ٨ - الالتزام باصول واوامر ونواهى الدين الحنيف التى فيها الوقاية من كل من هذه الأمراض والأوبئة التى جعلها الله سبحانه وتعالى سيف انتقام مسلطاً فوق هذه الأمراض والأوبئة التى جعلها الله سبحانه وتعالى سيف انتقام مسلطاً فوق رقاب الزناة. إذ أن الزنا والشذوذ ليس مباءة للإيدز وحده بل للتعدد من الأمور المض المهلكة الأخرى كالسيلان والتعقيه والفكس وسواها.
- غير أنه مهما تعددت الأسباب الناجمة عن الدراسات الطبية المتعددة فإنه وملتجنب هذا المرض الخطير بكل أبعاده وآثاره فإن الوقاي خير من العلاج. وهل هناك وقاية أفضل من التمسك فباحثنا عليه ديننا الحنيف من ابتعاد عن الكبائر والموبقات فالكثير من الطرق والوسائل التى اثبت الطب أن المرض ينتقل بها من إنسان إلى آخر قد نهانا عنها ديننا الحنيف، أن المخدرات أحد هذه الوسائل وهى محرمة تحريماً شرعياً وتتخذ المملكة العربية السعودية أشد العقوبات لمكافحتها.

(١) مرجع سابق، ص ص ١٤٠ - ١٤١ - ١٤٢.

كما يحثنا الدين الحنيف على الزواج. ولا نحتاج إلى التذكير بما للزواج من فوائد عديدة للمرأة.

أما الزنا وباعتباره أخطر الوسائل للإصابة بالإيدز فقد وردت فيه الآية الكريمة ﴿وَلَا تَقْرَبُوا الزَّانِيَ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا﴾<sup>(١)</sup>. صدق الله العظيم.

وورد أيضاً ﴿الزَّانِيَةُ وَالزَّانِي فَاجْلِدُوا كُلَّ وَاحِدٍ مِّنْهُمَا مِئَةَ جَلْدَةٍ وَلَا تَأْخُذْكُمْ بِهِمَا رَأْفَةٌ فِي دِينِ اللَّهِ إِنْ كُنْتُمْ تُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَلَيَشْهَدَ عَذَابُهُمَا طَائِفَةٌ مِّنَ الْمُؤْمِنِينَ﴾<sup>(٢)</sup>.

ومن الأحاديث التي تروى عن الرسول ﷺ وقوله: «ما ظهرت الفاحشة في قوم حتى يعلنوا بها. ألا فشت فيهم الأمراض والطواعين التي لم تكن في أسلافهم».

ولا نبالغ إذا قلنا وكلما ازددنا تمسكاً بديننا وأحكامه كلما قل تعرضنا لمثل هذه الأمراض وما ينجم عنها من أخطار<sup>(٣)</sup>.

هذا ومن استراتيجيات مكافحة HIV وعبر العالم فقد اشتملت إستراتيجيات مكافحة HIV لمكونات عديدة تبحث عن الإصابة الثامنة والضمنية لسلسلة مصادر ضمت مكانة. وقد اعطت مجهودات الخدمات الصحية لفحص الدم ومنتجاته لمكافحة الإصابة بفيروس HIV هي لنقل الدم وزيادة المعايير الصحية في توفير خدمة صحية جيدة، وحتى هذه المجهودات وراء الحدود في الميزانية من الوكالات العالمية.

وأهم هذه المجهودات القضاء على سلوكيات استخدام المخدرات والجنس وأهم الاستراتيجيات هي المعتمدة على الجمهور والمدرسة لتعليم الناس عن طبيعة AIDS-HIV والوسائل التي يمكن تجنبها للإصابة<sup>(٤)</sup>.

(١) سورة الإسراء، آية ٣٢.

(٢) سورة النور، آية ٢.

(٣) محمد القمشع، مرجع سابق.

(4) Dared R. Philips and Yola Verbose, Op. Cit., P. 93.

وأخيراً فرغم طبيعة الوباء HIV والتي تختلف عبر مجتمعات وأقاليم متعددة،  
وأنها استمرت في النظر إليها من إطار عالمي، وعبر العمليات للحركة والتحضر  
فإن هناك عدة مستويات متزايدة للإدراك الدولي والاتصال والتفاعل.

ونجد أن كلاً من الإيدز وفيرس HIV يحملان تحدياً كبيراً للمجتمعات  
وصحتهم والنظم الخاصة بالسياسة والتنمية. وتطبيق في عدة طرق، والتي تحترم  
الحقوق الإنسانية والتي يجب أن تكون من أصل النظام العالمي<sup>(١)</sup>.

(1) Dared R. Philips and Yola Verbose, Op. Cit., P. 95.

## الفصل الثالث

# نظرة المجتمع للاستنساخ

### المقدمة.

أولاً - تعريف الاستنساخ.

ثانياً - استنساخ البشر.

ثالثاً - محاذير الاستنساخ البشرى.

رابعاً - الإيجابيات فى الاستنساخ.

خامساً - السلبيات فى الاستنساخ.

سادساً - الاستنساخ والمجتمع والأسرة.

سابعاً - الاستنساخ بين الرفض والقبول.



## المقدمة :

إن قضية استنساخ الكائنات الحية التي قربت العلماء من دخول صومعة المحرمات واستباحة القانون والمشاعر والأخلاق وما زالت تتفاعل في مختلف الأصعدة العالمية الطبية منها والاجتماعية.

ويتسائل البعض عن خطورة الاستنساخ إذا طبق على البشر تضاهي خطورة القنبلة الذرية التي صعد العالم منها إنها أسئلة محيرة حقاً والذي يزيد غموضاً ويزدنا حيرة أنه لا يوجد في عالمنا العربي.

ولعل من أول هذه الأسئلة ماهو الاستنساخ وآخرها هل هو حرام أم حلال وبينها الكثير من الأسئلة ... منها متى بدأ الاستنساخ وغيرها أسئلة أجاب عنها الكثيرون وخاض فيها الصغير والكبير تفاعلوا مع الأحداث التي تجزى من حولهم وسناقش في هذا الفصل تعريف الاستنساخ وتاريخه.

## أولاً - تعريف الاستنساخ:

الاستنساخ مصطلح Cloning يعنى باللغة العربية «التسلي» وهي العملية البيولوجية التي بمقتضاها تتكون مجموعة من الخلايا ليس شرطاً بأن تكون متجانسة وذلك عبر الانقسامات الخلوية المتتالية لخلية واحدة فقط.

ومنذ أكثر من عشرين عاماً انحصر مفهوم الاستنساخ (Cloning) على الاستنساخ الجيني للمادة الوراثية من خلال الخلايا النباتية والحيوانية وهو اليوم يتحدد أكثر بأنه أى خلية سواء جنسية أو جسدية إذا استطاعت أن تعطي تكوين مجموعة خلايا أو يكون الناتج النهائي كائناً حياً فإن ذلك يكون استنساخاً أو تنسل البشر الذي كتبه الله على خلقه هو في حقيقته ليس إلا صورة تطبيقية من صور الاستنساخ.

لا يوجد في القواميس والمعاجم الشائعة مقابل للكلمة Clone وإن استعمال البعض في ترجمتها «النسلية» وليست من لسان العرب.

فالنسل في لسان العرب هو الخلف والنسل: الولد والذرية والجمع أنسال وكلك وتناسلوا: أى ولد بعضهم بعضاً وفي القرآن الكريم قال تعالى ﴿ فَإِذَا هُمْ مِّنَ الْأَجْدَاثِ إِلَىٰ رَبِّهِمْ يَنسِلُونَ ﴾<sup>(١)</sup>.

(١) سورة يس، آية ٥١.

وقال أبى اسحاق: يخرجون بسرعة.

كما أن النسخ يكون إبطالة الشئ وإقامة آخر مقامه.

أو كما يقول ابن الأعرابى النسخ: تبديل الشئ من الشئ. وتعبير كلوننج الإنجليزى مشتق من أصل إغريقى يعنى بالعربية «قطع» ذلك لأننا فى هذه الحالة نقطع خلية واحدة من كائن حى ثم نسعى إلى تنشيط هذه الخلية ونضعها فى الوسط المناسب لتكاثرها فنحصل على نسخة طبق الأصل من الكائن الحى الأصلى الذى اقتطعنا منه الخلية له نفس التراكيب وترتيب الجينات وله نفس الإصبع.

ومما سبق نستطيع أن نقول بأن الاستنساخ: عبارة عن أخذ خلية جسدية من كائن حى تحتوى على كافة المعلومات الوراثية وزرعها فى بويضة مفرغة من مورثاتها الجنين أو المخلوق مطابق تماماً فى كل شئ للأصل<sup>(١)</sup>.

وهناك تعريف للاستنساخ ويقصد به: بصفة عامة: هو الحصول على نسخة أو أكثر طبق الأصل من الأصل نفسه.

وبالمعنى البيولوجى: فالاستنساخ يعنى معالجة خلية جسمية من كائن معين كى تنقسم وتتطور إلى نسخة مماثلة لنفس الكائن الحى الذى أخذت منه<sup>(٢)</sup>.

ويقصد بالاستنساخ المسخ: وهو تحويل صورة أقبح منها نسخة الله قردا يمسخه وهو مسخ ومسيخ وكذلك المشوه الخلق والمسخ أيضاً تحويل إلى صورة أخرى<sup>(٣)</sup>.

## ثانياً - استنساخ البشر:

واضح أن الاستنساخ شكل من أشكال التكاثر فمن خلال فرد واحد نستطيع أن نحصل على عدد كبير من الأفراد ومن المفيد أن نطلع على أشكال التكاثر فى العالم الحى لنقف على مدى إمكانية استنساخ البشر من خلايا جسدية

(١) محمد عبد العزيز اسماعيل، قيل عن الاستنساخ، مكتبة الملك فهد، ١٤١٨هـ، ص ص ٢٩ - ٣٩.

(٢) صبرى الدمرداش، الاستنساخ قبلة العصر، مكتبة البيكان، ١٤١٨هـ، ص ٢٤.

(٣) كارم السيد غنيم، الاستنساخ والإنجاب بين تجريب العلماء وتشريع السماء، دار الفكر العربى، ١٩٩٨، ص ٥٨.

وماهى المعوقات الطبيعية الحيوية لهذا الاستنساخ ثم ماهى دوافع ومبررات الاستنساخ؟ ولماذا نرفضه أخلاقياً ودينياً؟

### التكاثر فى الكائنات الحية:

تتكاثر الكائنات الحية بطريقتين أساسيتين هما:

أولاً - التكاثر اللاجنسى.

ثانياً - التكاثر الجنسى.

### استنساخ البشر:

قد تكون لفظة استنساخ مثيرة لحفيظة الكثيرين فيفهمون من الاستنساخ إنتاج نسخ طبق الأصل من فرد واحد.

### هل يمكن استنساخ البشر؟

إن سنن تطور أجنة الثدييات متماثلة ولكنها غير متطابقة تماماً ولهذا ليس بالضرورة أن تكون خطوات استنساخ الشاه دوللى هى نفسها لاستنساخ الإنسان أى فى المعالجات الفيزيائية والكيميائية للخلية الجسدية والبيضة قد تختلف من نوع لآخر ومن الشاه للإنسان ولكن المسألة هى فى الوقت فما كان مستحيلاً قبل نصف قرن أصبح ممكناً الآن.

وأعتقد أن مناقشة إمكانية استنساخ البشر وهل تنجح التجارب أم تفشل هى من قبيل السفسطة. مهما كانت الدوافع لتلك المناقشة فإذا نجح استنساخ الشاه فلماذا لا ينجح استنساخ البشر؟ الذى يخلق الشاه يخلق الإنسان هو الخالق الواحد تتعدد الطرق لكن المبدأ واحد ويبقى مبرر وحيد للمناقشات هو ماذا يمكن أن يحقق الاستنساخ من فوائد للبشرية والحياة على الأرض<sup>(١)</sup>.

### لماذا يفكر العلماء باستنساخ البشر:

تجارب الاستنساخ على الحيوانات والنباتات تأتى تلبية لأهداف التجارب الورثية السابقة وهى تحسين السلالات والتخلص من الأمراض الورثية وسرعة

(١) أحمد فيض الله الحامدى، هل يمكن استنساخ البشر، مجلة المدينة العدد ٤١٠،

١٩٩٧م، ص ٥٤، ٦٧.



الحصول على الأعداد المطلوبة أما أهداف استنساخ البشر فهى احتمالات:

١ - حل مشكلة العقم نهائياً - يمكن إيجاد حلول لبعض الحالات ومنها التلقيح الخارجى وإنجاب الأطفال على طريقة طفلة الأنبوب لكن إذا كانت الغدد التناسلية مصابة فى مرحلة الطفولة ولا تنتج الخلايا التناسلية فلا حل لها إلا بالاستنساخ.

٢ - نسخ العباقرة والموهبين - لا يخفى أن استنساخ العباقرة بهدف إنتاج سلالات موهوبة من البشر سيتوافق مع تربية وتنشئة مناسبة فليس من الحكمة أن يترك المنسوخ شريداً بدون رعاية أو تربية فإذا ترك فهدف الاستنساخ ليس له مبرر من أساسه.

٣ - المحافظة على الطرق الوراثية الجيدة - إن التكاثر اللاجنسى أو الجسدى سوف يتيح لنا أن نحفظ ونخلد أروع وأبدع الطرز الوراثية التى تنتشر فى نوعنا أسوة بما حدث فى الاحتفاظ بالتراث الفكرى.

٤ - نسخ أشخاص بصفات معينة - يحتاج المجتمع إلى أشخاص بصفات أخرى لا تتعارض بالضرورة مع الموهبة العبقريّة كصفات جسدية وعضلية من أجل العمل أو صفات جمالية فى الرجال والنساء.

٥ - التخلص من الأمراض الوراثية - بعض الأمراض الوراثية تنتقل بالتسل من خلال زواج الأقارب فيمكن بالاستنساخ إزالة المورثة الضارة وزرع مورثة سليمة مكانها.

٦ - استنساخ نسخ احتياطية لتأمين قطع الغيار - فإذا تمكّن شخص ثرى أو حاكم أو عبقرى من تأمين مطابقة وراثياً لذاته واحتاج فى أواخر حياته للكلية أو القلب وللكبد هل يستطيع الاستفادة من إحدى النسخ؟

٧ - بعث نسخ حية من الأموات - وإذا لم يتمكن العلماء من الحصول على كامل الطاقم الوراثى للميت فيمكن الحصول على قسم كبير من مورثاته وزرعها فى خلايا حية ثم إجراء الاستنساخ.

٨ - الاستنساخ البشرى فى الفضاء - تبرز أهميته عندما يفكر العلماء بالارتحال فى أعماق الفضاء لتعمير الكواكب.

### ثالثاً - محاذير الاستنساخ البشرى:

- يمكن أن نجمل محاذير الاستنساخ البشرى فى ثلاث مجموعات وهى: <sup>(١)</sup>
- ١ - محاذير علمية - إذا سمح بالاستنساخ الحيوى بدون قيود فإن بعض العلماء بدوافع فضولية أو بالعمل لصالح جهات معينة سيتلاعبون بالمورثات وسيخضعون الإنسان لتجارب كما تجرى على الحيوانات وهذا يهدد كرامة الإنسان فلا مبرر لكل القيم الإنسانية التى نناضل جميعاً لترسيخها.
  - ٢ - محاذير أخلاقية - إذا كان هدف الاستنساخ إنتاج طبقة من العمال أو العبيد من أجل العمل أو الاستنساخ عدة نسخ من حاكم مستبد لتخليد حكمه فإن الاستنساخ محرم ولا يمكن السماح به.
  - ٣ - محاذير دينية - قيمنا الأخلاقية نابعة من تعاليم الرسالات الدينية بشكل عام فلا يجوز أن يتزوج الأخ أخته فهل يجوز أن تتزوج امرأة جاءت بالاستنساخ من خلية أخت ولكن من بيضة ورحم امرأة غير الأم؟
- والاستنساخ يقوم فى أساس الأسرة ويقضى على عواطف الأمومة والأبوة وهما سر استمرار المجتمعات البشرية.
- وإذا وازنا الاستنساخ البشرى بالمحاذير نقول: إن الاستنساخ الحيوى فى ظروف الأخلاقيات السائدة الآن محرم ويصلح فقط عندما يفكر الجميع بمجتمع يسوده العدل والسلام والأمن والرخاء فى بيئة نظيفة غير ملوثة <sup>(٢)</sup>.

### رابعاً - الإيجابيات فى الاستنساخ:

الإيجابيات - نستطيع حصرها فى النقاط التالية:

#### الأول - فى مجال الطب:

- يتطلع الأطباء إلى تخليق أعضاء من حيوانات لا يرفضها الجسم البشرى:
- أ - فهم المزيد من الأسرار البيولوجية: كإمتناع خلايا الدماغ والنخاع الشوكى عن الانقسام، وحل مشكلة العقم ومعرفة إمكانية ترميم النسيج العصبى

(١) مرجع سابق، ص ص ٧٠ - ٧١.

(٢) مرجع سابق، ص ص ٧٠ - ٧١.

وتكاثر خلايا السرطان، وكذلك فهم طريقة عمل الجينات وكيفية تطورها وتخصيصها وتميزها ومساهمتها فى تحويل الخلايا التابعة لأعضاء معينة داخل الجسم كالكبد والدماغ والقلب وغيرها<sup>(١)</sup>. وسيساعد ذلك بالتالى على اكتشاف سبل جديدة لإنتاج مخ العظام.

ب - محاولة استنساخ الأعضاء الحية: من خلايا جسمية تزرع لصاحبها عن إنتاج أعضاء جديدة بدلاً من تلك التى ضررها بالفقد أو التلف وبالتالى تحل مشكلة الجسم للعضو المنزوع فيه.

ج - إنتاج العديد من الأدوية والعقاقير: وذلك عن طريق الهندسة الوراثية لإنتاج أدوية مهمة ومن أشهر ما تم فى هذا الخصوص:

١ - تحضير هرمون الأنسولين لعلاج المصابين بالسكر وكذلك إنتاج أدوية مهمة كعوامل تجلط الدم التى يصعب تحضيرها بكميات كبيرة لأنها مستمدة من بروتينات بشرية.

٢ - الحصول على الهرمون لتكوين البويضات.

٣ - تصنيع إنزيم يوروكاينيز (UROKINASE) لإذابة أنواع الجلطات التى تصيب الإنسان.

٤ - إنتاج حليب مشبع ببروتينات حليب الأم البشرية.

٥ - محاولة إنتاج أدوية لعلاج الكثير من الأمراض الوراثية كالتخلف العقلى ونزيف الدم وعمى الألوان وضمور خلايا المخ والأنيميا الوراثية<sup>(٢)</sup>.

د - منع الأمراض الوراثية من الحدث أصلاً: وذلك بتلخيص الأجيال من بعض الأمراض المعضلة مثل مرض الكوليسترول أو المنغولية أو فقدان الذاكرة عند مرضى الزهايمر.

وكذلك بمحاربة أسبابها أو التدخل فى الوقت المناسب لعدم حدوثها ويتم محاربة الأمراض الوراثية إما بتحديد المورثات المسؤولة عن أمراض

(١) مرجع سابق، ص ٩٩ - ١٠٠.

(٢) مرجع سابق، ص ٩٣ - ٩٥.

معينة تنتقل بالتوريث من جيل إلى جيل ثم القيام بإجراء جراحة وراثية لاستئصالها من البنية للجنين أثناء المراحل المبكرة لتشكيله أو بإدخال مورثة سليمة بدلا من أخرى حاملة لسبب المرض.

هـ - مكافحة الشيخوخة - بمعنى تأجيلها أو تأخيرها عن طريق مقاومة تآكل التيلومير الموجود في طرفي كل كروموسوم .

و - إنتاج خيوط الجراحة - وذلك بتحويل بكتريا خاصة إلى كيماويات خاصة يمكن غزلها ومن ثم استخدامها في غزل خيوط الجراحة.

### الثانية في مجال الصيدلة:

تسهم في توفير الكثير من العقاقير المهمة مثل - اللقاحات والأمصال المضادة للأمراض الفيروسية<sup>(١)</sup>.

### الثالثة في مجال الزراعة:

فقد تمكن علماء الهندسة الوراثية من استنباط نباتات مقاومة للأمراض الفيروسية أو الفطريات ويساعد على إنتاج محاصيل ومواد غذائية تتميز بمقاومة للبكتريا والحشرات من خلال المعالجة الوراثية.

كما تمكنوا من إنتاج فواكه سريعة النضج وزيت نباتية منخفضة الدهون وكما تمكنوا من تحسين السلالات الحيوانية كما وكيفا.

وكذلك استنساخ أنواع متميزة من ماشية اللحم أو ماشية اللبن أو ماشية الصوف أو من الدجاج البياض للمساهمة في حل مشكلتي الغذاء والكساء في العالم.

### الرابعة في مجال الصناعة:

حيث أنتج العلماء بالهندسة الوراثية منتجات لا حصر لها مثل: المطاط والبلاستيك والألياف والمبيدات الحشرية والمنظفات والأسمدة وغيرها<sup>(٢)</sup>.

(١) مرجع سابق، ص ص ١٠٢ - ١٠٥.

(٢) مرجع سابق، ص ٩٧.

### الخامسة فى مجال الأمن الغذائى:

فقد نجح العلماء فى هندسة بكتريا خاصة وراثياً لتقوم بتحويل بعض النفايات إلى طعام. ويستخدم كعلف حيوانى للماشية والأغنام كبديل لمسحوق فول الصويا.

### السادسة فى مجال حماية البيئة:

حيث تمكن العلماء من تحويل بكتريا بحرية عادية إلى بكتريا شبيهة بميثلاتها التى توجد فى أعماق آبار النفط والتى ساعدت فى إلهام النفط المتسرب فى السفن<sup>(١)</sup>.

### خامساً - السلبيات فى الاستنساخ:

إن الذين ينادون باستنساخ بعض المرضى لتوفير أعضاء تنقل إليهم من توائمهم يتناسون الضرر الذى سيلحق بالمستنسخ المعطى والإحباط الذى سينول إليه المعطى متى علم أن الهدف الذى جاء للدنيا من أجله هو وهب بعض جسمه لتوأمه وكذلك يدعون أن الاستنساخ هو حل متبول للمصابين بالعقم يتجاهلون أن النسخة البشرية ستكون طبق الأصل من أحد الوالدين وأن الخلاف لا بد أن يقوم بين الأم النية ووالديه بالاستنساخ.

ولكن مع تقدم الخلق فإن خاصية التميز تحدث بدلاً فى D. N. A وهو الشريط المزدوج المتوى الذى يصنع الجينات. فالاستنساخ البشرى غير أخلاقى ومناقض لمبدأ التنويع البيولوجى<sup>(٢)</sup>.

وتستطيع جميع تلك السلبيات والأخطار فى النقاط التالية:

#### الأولى - اختلاط الأنساب، وأضرِب له مثلين:

المثل الأول - أطفال الأنايب - ماذا لو كانت المرأة مستأصلة الرحم؟ إذن لابد من تأجير رحم يتولى الحمل عنها وبعد إنتهاء فترة الحمل تلد المرأة ذات الرحم المؤجر أو الأم البديل وتنجب طفلة مثلاً ويمكن أن تتولى تربيتهامرأة رابعة.

(١) مرجع سابق، ص ١٠٥.

(٢) مرجع سابق، ص ص ٩٩ - ١٠١.

هنا نجد إنقسام أمم أربعة أنواع من الأمهات:

- ١ - الأم الأولى - هي الأم البيولوجية التي أخذت منها البويضة.
- ٢ - الأم الثانية - هي الأم الحامل أو الأم البديل - وهي أم لأن الجنين اكتسب من جسمها أكثر مما يكتسب الرضيع من مرضعه.
- ٣ - الأم الثالثة - الأم المرضع وهي أم لأنه محرم بالرضاعة ما يحرم بالنسب.
- ٤ - الأم الرابعة - الأم المربية وهي من الناحية الاجتماعية والنفسية أم.

فالبنت في هذه الحالة بنت من تكون؟

المثل الثاني - بنوك المنويات - نفرض أن شاباً أودع حيواناته المنوية في بنك المنويات ثم تم استخدامها في تخصيب بويضات كثيرات. فماذا تكون النتيجة؟

إن الذرية كلها تكون بمثابة أخوة وأخوات لأن الأب واحد وهنا قد يتزوج الأخ بأخته. وقد حدث ذلك بالفعل حيث استخدم السائل المنوى الذى تبرع به شاب لأحد البنوك أكثر من مرة فى تخصيب تسعمائة امرأة وقد تم الوضع فى ٨٠٦ حالة منها بنجاح.

### الثانية - ١ - اختلاط الأجناس :

من صور الخلط الأول ما حدث فى جامعة نيويورك عام ١٩٦٧م. حيث تمكن بعض العلماء من دمج حيوان منوى للإنسان مع بويضة من أنثى فأر ولحسن الحظ فقد فشلت المحاولة حيث أكل البرنامج الوراثى للفأر البرنامج الوراثى للإنسان.

ومن صور الخلط الثانى - خلط البرنامج الوراثى للعنزة بالبرنامج الوراثى لخروف، فتج حيوان يجمع بين صفات الأثنين وهو (العنزوف).

ومن صور الخلط الثالث - محاولة خلط البرنامج الوراثى للإنسان بالبرنامج الوراثى للنبات لإنتاج «الإنسان الكلوروفيلى» أو الإنسان الأخضر، القادر على القيام بعملية البناء الضوئى بنفسه<sup>(٢)</sup>.

(١) مرجع سابق، ص ص ١٠٥ - ١٠٦.

(٢) مرجع سابق، ص ص ١٠٦ - ١٠٩.

### الثالثة - إلغاء مفهوم الفيرية:

فالاستنساخ يلغى واحدة من أهم الخصائص التي تخص الخالق سبحانه وتعالى المادة الوراثية. وهي القدرة على إحداث التباين بين الأفراد ليصبح كل منهم فريداً ومتميزاً بين كافة البشر.

### الرابعة - إلغاء مفهوم الأسرة بصفة عامة والأمومة بشكل خاص:

وذلك عن طريق الاعتماد على الإخصاب الاصطناعي أو الرحم الاصطناعي أو أطفال الأنابيب<sup>(١)</sup>.

### الخامسة - تدمير مقومات التوازن الطبيعي للحياة:

بين الذكور والإناث وبين المنتجين والمستهلكين وكذلك بين الشباب والشيخوخ إذ يعتقد العلماء أن هناك جيناً وراثياً هو المسئول عن شيخوخة الخلية ومن ثم بالتحكم في هذا الجين يصبح بالإمكان إطالة متوسط عمر الإنسان.

### السادسة - إضطررنا إلى هدم العالم القائم الآن:

فالعلماء يطمحون إلى إنتاج العملاق (السوبرمان) ولنفرض أنهم تمكنوا من ذلك فنجاحهم يجبرهم على تيسير الأمور له والتي تناسب حجمه وطوله.

### السابعة - إفلات الزمام:

ما الذي يمكن أن يحدث لو تمكن العلماء ولو بطريقة الخطأ من تشكيل مخلوق لا يمكن التخلص منه أو السيطرة عليه أو خروج جرثومة من مختبراتهم تتكاثر بسرعة وتؤدي إلى انتشار وباء في العالم يمكن أن يقضى على البشرية<sup>(٢)</sup>.

### سادساً - الاستنساخ والمجتمع والأسرة:

المجتمع منذ البدء بنى على الطبقية وإن المجتمع هو صورة للإنسان الفرد فكما أن الإنسان الفرد يحتاج إلى كل عضو من أعضائه ليحقق أهدافه، كذلك المجتمع يحتاج إلى كل أعضائه فإذا قام كل عضو بوظيفته الأساسية تحقق المجتمع المثالي.

(١) مرجع سابق، ص ص ١١٠ - ١١٣.

(٢) مرجع سابق، ص ص ١١٥ - ١١٦.

هذا هو تكوين المجتمع الذى خلقه الله وهنا تظهر العاصفة بأنى الاستنساخ  
ليقدم لنا ألوفاً وربما ملايين من الأشخاص المتساوين فى كل شئ.

إن الاستنساخ إذا طبق على الإنسان فإنه يهدم توازن المجتمع وخلق قطيعاً  
من البشر له نفس الصفات ونفس الطموحات إن علماء كثيرين يحذرون اليوم من  
تكاثر البشرية مخافة ألا تكفى خيرات الأرض مستهلكيها.

فإذا جاء الاستنساخ بملايين من النسخ البشرية وأضافها إلى مليارات البشر  
الحاليين بلغت مشكلة البطالة حدود لا يتصورها العقل.

لقد ثبت أن البطالة منتشرة فى كل بلد من بلدان العالم من الولايات المتحدة  
إلى أفقر دولة نعرفها لأن الآلة مكان العمال<sup>(١)</sup>.

وقد رتب الله سبحانه وتعالى أن تنمو البشرية عن طريق العلاقة الجنسية بين  
الزوج والزوجة وأن يكون الأولاد ثمرة حب متبادل وإنما وجسدى كامل بينهما.  
ولكن العالم اليوم يفاجئنا بقانون الاستنساخ الذى ينتج كائنات أخرى لا دخل  
للحب المتبادل فى تكوينها ولا العلاقة الزوجية فى سيرها ومن نتائجها أن الولد  
المستنسخ قد لا يحمل فى قلبه عواطف الحب والانتماء لوالديه ومن الطبيعى فى  
هذه الحالة أن لا يمنح الزوج والزوجة هذا المخلوق الغريب عنهما ما يحتاج إليه من  
محبة وعطف وتضحية حتى يبلغ رشده.

لقد علمتنا خبرة الأيام والشعوب أن الأب والأم يعملان ويتعبان  
ويقتصدان بل ويحرمان ذاتهم من أمور كثيرة فى هذه الحياة ليوفروا لأولادهم  
حاجاتهم ويؤمنوا لهم سعادتهم وراحتهم ومستقبلهم بل يحاولون أن يوفروا لهم  
بعض المال. فإذا كان الأولاد ثمرة الاستنساخ فما الذى سيدفع بالوالدين إلى  
التضحية والتوفير وحرمان ذاتهما من مباحج الحياة.

وإن فى قانون الاستنساخ تحطيماً لنظام الأسرة الذى وضعه البارئ تعالى  
وخروجاً على الأخلاق وباختصار نقول أن الاستنساخ سيجرى تبديلاً جذرياً فى

(١) فرانسوا أبو مخ، الاستنساخ فى جدل العلم والدين، دار الفكر المعاصر، بدون تاريخ،  
ص ص ١٠٦ - ١٠٨.



المجتمع وإذا تحقق لا سمح الله فإنه سيخلف عائلة جديدة تختلف كل الاختلاف عن العائلة التقليدية وسينشأ مجتمع جديد بعيد كل البعد عن القواعد الخلقية المرعية<sup>(١)</sup>.

- بعض الملاحظات والتعليقات المثيرة للاهتمام والمتعلقة بقيضة الاستنساخ:
- ١ - فى ظل الاستنساخ قد نجد أنفسنا أمام عالم اختفى منه الزواج أى قد تنشأ حياة أحادية الجنس يتم فيها استنساخ جنس دون الآخر الامر الذى يؤدى إلى سيادة أحدهما واختفاء الآخر.
  - ٢ - يمكن مع الاستنساخ أن تحمل وتلد سيدة أو بمعنى أدق أن تحمل وتلد أختاً وتوأمًا لها.
  - ٣ - مع الاستنساخ قد يقوم الأبناء يوماً ما بتربية آبائهم.
  - ٤ - بالاستنساخ أنت لا تحصل على نسخة أخرى «لنيوتن» ولطه حسين أو العقاد.
  - ٥ - قد يتصور البعض خطأ أنه يمكن تسخير الاستنساخ لإنتاج أفراد تستعمل أجسادها كمحلات لقطع غيار الأعضاء البشرية يتم نقل الأعضاء منها لكل من يريد أن تستبدل عضواً تالفاً لديه بعضو آخر سليم فهذا هو الآخر نوع من الخيال العلمى<sup>(٢)</sup>.

### سابعاً - الاستنساخ بين الرفض والقبول:

خلال الإرهاصات الإعلامية و الاجتماعية التى رافقت حدث الاستنساخ ظهرت مواقف متباينة فى العالم كله وليس العلم الإسلامى فحسب والموقف الإسلامى تجلّى فى شكلين متباينين بشكل عام هما الرفض والقبول<sup>(٣)</sup>.

ولكننا لا نتمكن من توثيق هذين الموقفين لأن الحدث الاستنساخى لم يأخذ أبعاده تماماً والحدث الاستنساخى استثمر إعلامياً وليس علمياً ولذلك فإن الآراء التى تجاذبته وتناولته اعتمدت على البنية الإيديولوجية بالدرجة الأولى والبنية الإنسانية بالدرجة الثانية.

(١) مرجع سابق، ص ١٠٨ - ١٠٩.

(٢) مرجع سابق، ص ١٢٠ - ١٢٧.

(٣) مرجع سابق، ص ١٧٧ - ١٧٨.

### موقف الرفض:

شمل موقف الرفض الجزئي والرفض الكلي ولكن من سمات هذا الرفض أنه ارتبط بقضية البعد الأخلاقي في العلم.

والمشكلة الأساسية في العامل الرئيسي في تنامي الخوف الذي هو عدم القدرة على ضبط المختبرات العلمية التي تخضع لوجهات نظر سياسية اقتصادية وقد تكون خارج السيطرة.

إلا أن موقف الرفض لا يأخذ من خلال المخاوف والمحاذير فقط إنما يردف بإطار تشريعي أو فقهي أو أخلاقي ومن هذا القبيل تلك الإشارات المستندة إلى آيات قرآنية مثلاً ﴿وَلَا مَرْتَهُمْ فَلْيَغَيِّرُوا خَلْقَ اللَّهِ﴾<sup>(١)</sup>. فهذه الآية وردت على لسان الكثيرين كدليل على الرفض الديني الحازم للاستنساخ.

وموقف الرفض كان جلياً بشكل عالمي سواء كان يستند إلى جملة من الأسباب التي يراها.

### موقف القبول:

لا يمكننا التحدث عن إطلاقية القبول في هذا الإطار وخاصة مع الاتجاهات التي وجدت في الاستنساخ ما يلائم وجهة نظرها.

وهذا القبول أخذ إتجاهين أساسيين:

- الإتجاه الأول - تمثل الدعوة القائمة على أساس العلم بحد ذاته غاية ولذلك يجب أن تستمر التجارب والاكتشافات بغض النظر عن فوائدها.
- الإتجاه الثاني - تمثل في إطار الإيديولوجية. وموقف القبول تميز بالشطط أحياناً إذ عن يلجأ البعض إلى تصور أفاق لا صلة لها بالعلم والمنطق العلمي على غرار التصورات التي تنبأت بإمكانية استنساخ شخصيات تاريخية مثلاً<sup>(٢)</sup>.

(١) سورة النساء، آية ١١٩.

(٢) مرجع سابق، ص ص ١٧٨ - ١٧٩.



## مراجع الكتاب

### أولاً - المراجع العربية

- ١ - القرآن الكريم.
- ٢ - إبراهيم المليجي، الرعاية الطبية والتأهلية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٩١.
- ٣ - إبراهيم محمد عامر، الإيدز المدمر والعين، الدار السعودية، ١٩٨٧م.
- ٤ - ابن عدى والجامع الصغير، الجزء الثاني.
- ٥ - إحسان قزاز، مجلة الصدى، العدد ٢٥.
- ٦ - أحمد أبو سريع، المجلة العربية، العدد ٢٠١، ١٤١٤هـ - ١٩٩٤م.
- ٧ - أحمد القاضي، ماهو الطب الإسلامى، بجامعة الملك عبد العزيز، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، أبحاث ودراسات، ١٩٨٣.
- ٨ - أحمد بن يوسف التبغاشي، الشفا في الطب، دار المعرفة - بيروت ١٩٨٠م.
- ٩ - أحمد شوقي الفنجرى، فضل الإسلام على الطب، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، أبحاث ومؤتمرات العدد الأول، ١٩٨٣.
- ١٠ - أحمد عزت راجح، علم النفس الصناعى، مؤسسة المطبوعات الحديثة، ١٩٦١.
- ١١ - أحمد على إسماعيل، جغرافية الإنسان والبيئة والموارد، دار القباء للطباعة، ١٩٩٠.
- ١٢ - أحمد فيض الله الحامدى، هل يمكن استئساخ البشر، مجلة المدينة العدد ٤١٠، ١٩٩٧م.
- ١٣ - أحمد قاضى، ماهو الطب الإسلامى، جامعة الملك عبد العزيز، قسم الطب الإسلامى، مركز الملك فهد للبحوث الطبية.
- ١٤ - أحمد كمال الدين، دراسة أبعاد مشكلة الإسكان المتدهور، ندوة للتحويلات الحضرية فى إطار التخطيط العمرانى والإقليمى للقاهرة الكبرى، ١٩٩١.
- ١٥ - أحمد مختار، الإنسان والمرض، دار المعارف، ١٩٦١.
- ١٦ - أخبار الأطباء، مجلة شهرية تصدرها نقابة الأطباء العدد العشرون، يوليو، ١٩٩٠.
- ١٧ - أدهم رمزى، دراسة بنية للمناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية، قسم الدراسات بمعهد البحوث والدراسات العليا، ١٩٩٢.
- ١٨ - اديت لويس، الممرضة، دار الفكر العربى، ١٩٦٧.
- ١٩ - أسامة قنديل (الإيدز اكتشافات جديدة وتطورت تفيدة) صحتك اليوم، العدد الثالث، إبريل يونيو ٩٧.
- ٢٠ - الإسكان غير الرسمى فى مصر، الهيئة العامة لبحوث البناء والإسكان والتخطيط العمرانى، ١٩٨٢.
- ٢١ - إسيل خليل بيدس، إيدز الرعب القاتل وأسبابه والوقاية منها، دار الآفاق الجديدة بيروت، ١٩٨٦م.
- ٢٢ - اقبال محمد بشير، المرأة والتنمية، الإسكندرية، ١٩٨٠.
- ٢٣ - امتثال محمد بشير، الرعاية الطبية والصحية، المكتب الجامعي الحديث، اسكندرية.

- ٢٤ - أمين عبد الحليم خليل، أسس ممارسة التربية الصحية، بنغازى ليبيا، ١٩٦٢.
- ٢٥ - أنصاف محمود على الطويل، التمريض فى الصحة العامة، الشركة المصرية للطباعة والنشر، ١٩٧١.
- ٢٦ - بريان ايبيل سميث - السير اليسوسون، الفقر والتنمية والسياسة الصحية المنظمة العالمية - جنيف، ١٩٧٨.
- ٢٧ - بياتريس جيراولى، الصحة المهنية والأمن الصناعى، دار المعارف، ١٩٧١.
- ٢٨ - تحسين أحوال البيئة فى المستوطنات الفقيرة، صدر عن منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمى لشرق البحر المتوسط.
- ٢٩ - التقرير السنوى للمدير الإقليمى عن أعمال منظمة الصحة العالمية فى إقليم شرق البحر المتوسط، ١٩٨٩.
- ٣٠ - توفيق الحاج، الطب البديل، دار الفكر، ط ١، ١٩٩٥.
- ٣١ - جامعة الإسكندرية، اللائحة الداخلية لكلية الطب، يوم الخريجين، ١٩٩٠.
- ٣٢ - جان اشويس وآخرون، الأمراض السارية دليل العاملين فى الصحة الريفية، المؤسسة الأفريقية للطب والبحوث نيروبي، كينيا، ١٩٨٢.
- ٣٣ - جريدة الأهرام، مشكلة المقطم وكارثة الإسكان العشوائى، تحقيق حسن عاشور وأحمد الخرادلى، ١٩٩٣ / ٢ / ٨.
- ٣٤ - جورجى صبحى، التمريض، مطبعة العلوم، ١٩٥٧.
- ٣٥ - حسم جاريبو، نظام إسلامى فى آداب الطب، جامعة الملك عبد العزيز، قسم الطب الإسلامى، مركز الملك فهد للبحوث الطبية.
- ٣٦ - حسن عبد السلام، الغذاء والصحة، دار القومية للطباعة والنشر، ١٩٧٦.
- ٣٧ - حسين عبد الرزاق وآخرون، دار الدين والخلاقيات فى الوقاية من الإيدز ومكافحته، منظمة الصحة العالمية.
- ٣٨ - حسين عبد الواحد الشاعر، الطب الاجتماعى والأمراض المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٦٦.
- ٣٩ - دافيد وتستين، آفاق الطب الحديث، دار الآفاق، بيروت.
- ٤٠ - الدليل الصحى للأسرة، منظمة الصحة العالمية، الجمعية المصرية للنشر والمعرفة والثقافة العالمية، ١٩٩١.
- ٤١ - دونالد هنتر، الرعاية الصحية فى المصنع، ترجمة عبد الرحمن الحارونى، دار الكرنك، ١٩٧٠.
- ٤٢ - روزيل جايجر، سبيلك إلى الصحة، ترجمة سعيد عبده، مكتبة النهضة المصرية.
- ٤٣ - رونى دى جواهرت، مائة سؤال وسؤال واجابتها - الإيدز، الدر السعودية، ١٩٨٨ م.
- ٤٤ - زبيدة إشكانى وآخرون، مجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد ٥٥، ١٩٩٦.
- ٤٥ - زين الدين مقصود، نحو وعى يبنى، مجلة البيئة، الكويت، ١٩٨٦.
- ٤٦ - زينب محمد سنية، مبادئ الصحة العامة والطب الاجتماعى، ١٩٩٠.
- ٤٧ - زينب محمد فريد، تعليم المرأة فى التراث وفى المجتمعات العربية المعاصرة، دار الكتب.

- ٤٨ - سامية الخشاب، المجتمع الصناعي ومشكلاته، دار التعاون للطبع والنشر، القاهرة، ١٩٩١
- ٤٩ - سحر محمد عبد الله ركن، الطب الشعبي في المجتمع السعودي، الطبعة الأولى، ١٤١٨هـ.
- ٥٠ - سعود الشبيشي، نقص المناعة المكتسبة الإيدز، احكامه وعلاقة المريض الأسرية والاجتماعية، دار ابن حزم، ١٩٩٥م.
- ٥١ - سعيد الغامدي، التراث الشعب في القرية والمدينة، السعودية.
- ٥٢ - سعيد عبد السلام حبيب، الصناعات والصحة العامة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٥١.
- ٥٣ - سلوى العناني، التعليم الطبي في مصر، جريدة الأهرام، عدد ١٩٩٢/٦/٥م.
- ٥٤ - السيد الجميلي، الإعجاز الطبي في القرآن، دار النص، ط ١.
- ٥٥ - سيد أنور، الطب الإسلامي، توافقه مع الطب الحديث، مركز الملك فهد للبحوث الطبية، العدد الأول.
- ٥٦ - السيد حسن علي، المؤتمر العلمي الأول لتلوث البيئة، مطبعة جامعة الإسكندرية، ١٩٧٣.
- ٥٧ - سيد خوشيد حسن أنور، الطب الإسلامي وتوافقه مع الطب الحديث مركز الملك فهد للبحوث الطبية، العدد الأول.
- ٥٨ - سيف الدين حسين شاهين، الأمراض الجنسية: الإيدز - الهربس - الزهري - السيلان، ١٩٨٨م، ص ٩١.
- ٥٩ - شريف حتاتة، الصحة والتنمية، دار المعارف بمصر، ١٩٦٨.
- ٦٠ - ———، الطب والمجتمع، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٦٩.
- ٦١ - ———، الأمراض المستوطنة، دار المعارف، القاهرة، ١٩٦١.
- ٦٢ - صبرى الدمرداش، الاستنساخ قبلية العصر، مكتبة البيكان، ١٤١٨هـ.
- ٦٣ - صحتك، العدد التاسع، ١٩٩٦م.
- ٦٤ - صحيح البخاري، بيروت، عالم الكتب، ١٩٨٣.
- ٦٥ - طارق عبارة، وفي الإيدز عدوان من البشر أم عقاب من القدر، دار الثقافة، ١٩٨٦م.
- ٦٦ - عايدة البناء، الإسلام والتربية الصحية.
- ٦٧ - عايدة بشارة، دراسات في بعض مشاكل تلوث البيئة.
- ٦٨ - عبد الرحمن العوضي، الطب الإسلامي.
- ٦٩ - عبد العزيز شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية.
- ٧٠ - عبد الله محمد إبراهيم، مبادئ في العلوم البيئية، دار السنة الحمدي، ١٩٩١.
- ٧١ - عبد المعطي أحمد، تحقيق بجريدة الأهرام، ١٩٩٤/١/٤م.
- ٧٢ - عدنان السبعي، من أجل أطفالنا.
- ٧٣ - عفت كامل، مجلة الممرضة، نقابة مهنة التمريض بجمهورية مصر العربية، ١٩٨٨.
- ٧٤ - علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمات الصحية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٢.

- ٧٥ - على عبد الرازق جلى، الاتجاهات الأساسية فى نظرية علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٠.
- ٧٦ - \_\_\_\_\_، علم الاجتماع الصناعى، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩١.
- ٧٧ - \_\_\_\_\_ ونادية محمد عمر، الصحة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية ١٩٩٢.
- ٧٨ - عمر محمود سليمان، السلم مرض ومشكلة اجتماعية، دار المعارف.
- ٧٩ - فاطمة لطفى، الأمراض الجلدية المهنية، الدار القومية للطباعة والنشر، ١٩٦٦.
- ٨٠ - فرانسوا أبو مخ، الاستنساخ فى جدل العلم والدين، دار الفكر المعاصر، بدون تاريخ.
- ٨١ - فليب عطية، أمراض الفقر والمشكلات الصحية فى العالم الثالث، سلسلة الكتب الثقافية التى يصدرها المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت، ١٩٩٢.
- ٨٢ - فوزى رزق على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار المعارف، إسكندرية
- ٨٣ - فوزى عبد الرضا، دراسة أنثروبولوجية للممارسات الشعبية، جامعة عين شمس، ١٩٨٤.
- ٨٤ - فوزى على جاد الله، الصحة العامة والرعاية الصحية، دار الكتاب العربى، ١٩٦٩.
- ٨٥ - قرارات المجمع الفقهى لرابطة العالم الإسلامى فى دورته الخامسة، ١٤٠٢ هـ.
- ٨٦ - كارم السيد غنيم، الاستنساخ والإنجاب بين تجريب العلماء وتشريع السماء، دار الفكر العربى، ١٩٩٨.
- ٨٧ - كلارك كيندى، أمراض الإنسان، ترجمة فتحى الزيات، مركز مكتب الشرق الأوسط، ١٩٦٢.
- ٨٨ - كمال الدين الحكيم وآخرين، صحة البيئة فى الدول النامية، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٦٩.
- ٨٩ - كنيث وودكر، مرض واطباء، وترجمة عزت عبد الرحمن شعلان، دار التعاون للطبع والنشر، ١٩٦٠.
- ٩٠ - اللجنة المركزية العليا للخدمات الصحية، الممرضة المتطوعة، دار الكتاب العربى، ١٩٧٠.
- ٩١ - لطفى خورى، مجلة التراث الشعبى، دار الجاحظ، ١٩٨٢.
- ٩٢ - لىلى أحمد محرم، مؤشرات ومظاهر النمو العشوائى للتجمعات العمرانية، ندوة حماية البيئة والسكن القانونى، ١٩٩١.
- ٩٣ - لىلى حسن وآخرون، صحة المجتمع، القاهرة، ١٩٨٣.
- ٩٤ - مؤسسة الأبحاث اللغوية، الإيدز الأسباب والوقاية والعلاج، ١٩٩٨ م.
- ٩٥ - محمد أحمد عاشور، سرطان المناطق العشوائية هل هى قابلة للعلاج، الأهرام الاقتصادى، يوليو، ١٩٩٣.
- ٩٦ - محمد أكرم، الطب الإسلامى فى علوم التشريع، مركز الملك فهد للبحوث الطبية العدد الثانى.
- ٩٧ - محمد الفقى، التآكل الكيمائى - جمعية البتة الكويتية. ١٩٨٦

- ٩٨ - محمد القبي و د. أحمد أبو خطرة، إيدز ٨٦. الشركة السعودية للأبحاث والتسويق. ١٩٨٦م.
- ٩٩ - محمد درويش البرجي، التربية الصحية وصحة المجتمع، وزارة التربية والتعليم. ١٩٧٦.
- ١٠٠ - \_\_\_\_\_، الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، ١٩٨٨.
- ١٠١ - محمد رفعت، قاموس الإيدز الطبي، دار مكتبة الهلال، ١٩٩١.
- ١٠٢ - محمد سعيد السيوطي، معجزات في الطب للنبي عليه الصلاة والسلام، بيروت، مؤسسة الرسالة، ١٩٨٣.
- ١٠٣ - محمد سعيد عبد العال، تليف الرئة وتحجرها وأخطار الأتربة المعدنية والنباتية على عمال الصناعة، دار المعارف.
- ١٠٤ - محمد صادق زازلة، الإيدز معضلة القرن العشرين، منشورات ذات السلاسل، ١٩٨٦.
- ١٠٥ - محمد صادق صيور، مرض نقص المناعة المكتسب إيدز، مركز هرام للترجمة والنشر، ١٩٩٣.
- ١٠٦ - محمد عارف، المجتمع بنظرة وظيفية، الوظيفة ملامحها العامة وابعادها التاريخية وصورها المعاصرة، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٢.
- ١٠٧ - محمد عبد الحميد، التمريض المنزلي، مطبعة المعارف، ١٩٣٣.
- ١٠٨ - محمد عبد العزيز اسماعيل، قيل عن الاستنساخ، مكتبة الملك فهد، ١٤١٨هـ.
- ١٠٩ - محمد عبد القادر الفقي، البيئة مثل كلها وقضاياها، مكتبة ابن سينا، ١٩٩٩.
- ١١٠ - محمد علي البار، أخلاقيات التلقيح الاصطناعي (نظرة إلى الجذور) الدار السعودية. ١٤٠٧هـ - ١٩٨٧م.
- ١١١ - محمد علي البار، الأمراض الجنسية اسبابها وعلاجها، دار المنارة، ١٩٨٥م.
- ١١٢ - \_\_\_\_\_، دورة الأرحام فصل الحيض، ط ٤، الدار السعودية للنشر، جدة.
- ١١٣ - محمد علي محمد وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، ١٩٩١.
- ١١٤ - \_\_\_\_\_، الطب والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، اسكندرية، ١٩٨٦.
- ١١٥ - محمد لبيب إبراهيم، صحة المجتمع، دار نهر النيل، الغربية، ١٩٨٧.
- ١١٦ - \_\_\_\_\_ وآخرون، التشخيص الصحي، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية، ١٩٧٩.
- ١١٧ - مختار سالم، أعشاب ولكنها دواء، دار المريح - ١٤٠٧.
- ١١٨ - \_\_\_\_\_، الإبداعات الطبية لرسول الإنسانية، مؤسسة المعارف، الطبعة الأولى.
- ١١٩ - مصطفى عبد العزيز، الإنسان والبيئة، المطبعة الحديثة.
- ١٢٠ - مصطفى عبد القادر، الضوضاء في الصناعة، الدار القومية للطباعة والنشر، ١٩٦٦.



- ١٢١ - ممدوح والى، سكان العشش والعشوايات، الخريطة الإسكانية للمحافظة، نقابة المهندسين، ١٩٩٣.
- ١٢٢ - منبر الصحة العالمى، مجلة دولية للتنمية الصحية، منظمة الصحة العالمية، المجلد الثانى، العدد الثالث، جنيف، ١٩٨١.
- ١٢٣ - \_\_\_\_\_، مجلة دولية للتنمية الصحية، منظمة الصحة العالمية، المجلد السابع، العدد الثانى، جنيف، ١٩٨٠.
- ١٢٤ - منظمة الصحة العالمية، نقلاً عن مرجع مرك الطبى، طبعة ١٩٧٧م.
- ١٢٥ - منير البلعبكى، موسوعة المورد، بيروت، دار العلم للملايين، ١٩٨٣.
- ١٢٦ - موسوعة السنة، الكتب الستة وشروحها، سنن ابن ماجه، مجلد ١٧، تونس، دار الدعوة، ١٩٩٢.
- ١٢٧ - ميلاد حنا، الإسكان والمصيدة، المشكلة والحل، دار المستقبل العربى، القاهرة، ١٩٨٨.
- ١٢٨ - نزار خدام، وآخرون، تاريخ العلاج والدواء ف العصور القديمة، الرياض، دار المريخ، ١٩٩٩.
- ١٢٩ - نقابة أطباء الإسكندرية، تقرير الأمانة العامة عن أنشطة وخدمات النقابة، ١٩٩٠.
- ١٣٠ - هيلين م. ماكديويل، مجلة منظمة الصحة العالمية، العدد ٩٤، تصدر عن منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٤.

## ثانياً - المراجع الأجنبية :

- 1 - Ann cortwright and Others, General Practice revisited, Tavastact Publications, London, 1981.
- 2 - Aquarterly Journal Published By The Hospital Research And Education.
- 3 - Bloom W. Samuel, The Doctor and his Patient and Illness, Tar - ristoch, London. 1957. P: 113.
- 4 - Cailie M. Roberts, Doctor And Patient In Teaching Hosipital, Lexington Books, 1977, PP. 74 - 79.
- 5 - Caroline Cox and Ohers, A Sociology Of Medical Practice.
- 6 - Clark Kennedy, Man, Medicine and Morality, Farber and Farber, London, 1969, P. 289.
- 7 - Colin Fraster and Others, Communication Between Doctor and Patients.
- 8 - Darrian Apple, Sociological Studies, Inc., New York, 1960.
- 9 - Darryle D. Enos and others, The Sociology of Health care, praleger publishers, New York, 1977.
- 10 - David Meclanic, Medical Sociology, The Free Press, New York, 1978.
- 11 - David Robinson, Patient, Practitioner and Medical Care, A Spepts of Medical Sociology.
- 12 - David Tuchett, An Introduction to medical sociology, tavistock publications, London, 1976.

- 13 - Dodge David and Others, Social Stress and Chronic Illness, Notredome Press, London, 1970.
- 14 - Donald Patrick and others, Sociology as applied to medicine, Baillier Tindall, London, 1982.
- 15 - Eliot Friedson, Sociology of Health and illness, Vo. 5, No.2, 1983.
- 16 - Emil Berkonovic and others, Health and society, the Milbank memorial fund quarterly, Vol. 53, No.2, 1975 P:252
- 17 - Frank and Vagnalls, New Encyclopedia, Book one, U.S.A.
- 18 - Fredson, E., Paramedical Personnel in International Encyclo - Pedia of The Sciences, Vol. 9 - 10, P. 114.
- 19 - Friedson E., Medical Personnel, Physicians in International Encyclopedia of The Social Sciences, Vol. 9, 1968.
- 20 - Friedson E., Medical Personnel, Physicians in International Encyclopedia of The Social Sciences, Vol. 10, 1968.
- 21 - H. W. K. Acheson, The Doctor - Patient Relationship, Stationary Office, London, 1979.
- 22 - Haward E. Freeman, Hand Book of Medical Sociaogy, Prentice - Hall, Inc., New Gark, 1972.
- 23 - Hayle Leigh, M. D., The Patinet, Biological, Psychological And Social Dimensions Of Medical Practice, Plemum Medcal Book Company, New York, 1983.
- 24 - Heannettes R. Föлта and Others, A Sociological Frame Work For Patient Care.
- 25 - Howard E. Freeman and others, hand book of medical Sociology, Prentice-Hall, Inc., New York, 1972.
- 26 - Howard S. Friedson, Interpersonal Issues in Hesth Care, Acadmic Press, New York, 1984..
- 27 - Iric J. Cassel, The Healer's Art Anew Approach Of The Doctor Patient Relationship, Penguin Book, M. S. A, 1076.
- 28 - James McCormick, The doctor, Father Figure or Plumber, Croon Helm, London, 1979.
- 29 - Janin Vansteenkiste, teeching medical sociology, restrospection and prospection, mortinus nyhoff social science division, Leiden, Boston, 1979.
- 30 - Jeannette Falta - A Sociological Frame Mark For Patient Care, A Medical Pullication, New York, 1972.
- 31 - Jeannettea R. Folta and Others, A Sociological Frame Work for Patient Care.
- 32 - John T. O'connor, Health and Society, the Milbank memorial fund quarterly, Vol., 52, No. 4, 1972.

- 33 - Jon C. Dentan And Others, Health Sesearch, Vol. 2, No. 1967.
- 34 - M. Robin Dimatea And Others, Social Psychology And Medicine Oelges Chager Ounn And Hain Pubishers, Inc., California, 1982, PP. 37 - 38.
- 35 - Mass Gordin Ervin, Illness, Inmunity and Social Interaction, Florida, 1981.
- 36 - Micheal Wadsworth and Others, Studies in Avery day Medical Life, Martine Robenson, London, 1979.
- 37 - Micheal Wadsworth And Others, Studus In Every Day Medical Life, Martin Rabenson, London, 1979.
- 38 - Newal Almesserri, Rural Health Care in rgyst, International development research Center, Ottwa, 1980.
- 39 - Patrick S. Byene and Others, Doctor Talking To Patients, A Study of the Verbalbehavior Of general Practitionners, Herma - jesty's stationarv Office. London, 1976
- 40 - Patrick S. Byrne and Others, Doctors Talking To Paitents A Study of the Verbal Behavior Of General Practitioners, Herms - Jesty's Stationary Oggice, London, 1971.
- 41 - Peter Wright, Studies in every Day Medical Life, Martin Robnson, London, 1979.
- 42 - Princo Philir, Down to Earth, The Vritish Council, 1984.
- 43 - Raymond Illsleley, Professional or public health, Sociology in health and medicine.
- 44 - Robert K. Merton and others, Sociology today problems and prospects, Harper and row publishers, New York, 1979.
- 45 - Robin Dimattea, Social Psychology and Medicine, Hain Pull - Ishers, Inc., California, 1984.
- 46 - Rodney M. Coe, Sociology of Medicine, New york, 1978.
- 47 - Rojmand Illsleley, Professional or public health, Sociology in health and medicine, The miffield provinciate Hospital trust, London, 1980.
- 48 - Roy M. Acheson and others, Seminars in Community medicine, Vol. 1, Sociology Oxford University Press, London, 1978.
- 49 - Royal Commission On National Health Serssces, Patient attitudes To The Hospit al Serssices, Her Mayesty's Stationary Affice, London, 1978.
- 50 - Royal Leigh, M., D., The Patient, Biological Psychological and Social Dimensions of Medical Practice, Plenum Medical Book Company, New York, 1983.
- 51 - Saad Nagi, Health and Society, the Milbank memorial fund quarterly, Vol. 53, No.1, 1975.

- 52 - Samuel W. Bloom, The doctor and his patients. A Sociological interpretation, the free press, New York, 1965.
- 53 - Sannette R. Falta and others, Asciological Frame Work For Patient Care, Awiley Medical Publication, New York, 1977.
- 54 - Seannette R. Folta and Others, A Sociological Frame Work For Patient Care, New York, 1977.
- 55 - Sir Stanley Darrdson and Others, The Principles and Practie of Medicine, London, 1987.
- 56 - Sm Celansky Hior, Principles Of Community Health, London, 1961.
- 57 - Stanley Davison and Others, The Principles and Practice of Medicine, London, 1987.
- 58 - Stuart J. Cahen, New Directions In Patient Compliance, Lexington Books, New York, 1979.
- 59 - Talcott Parsons, Health and Society, The Mailank Memorial Fund Quarterly, Vol. 53, 3. 1975.
- 60 - Talcott Parsons, The Sacial System, Routledge and Kegan Paul, London, 1951.
- 61 - William C. Cockerham, Medical Sociology, prentice Inc., Englewood cliffs, New York, 1978.
- 62 - William R. Rosengren, Sociology Of Medicine, Diversity, Confflect And Change. Harper And Raw Publishers, New York.



## فهرس الكتاب

مقدمة ٥

### المبحث الأول علم الاجتماع الطبى المفهوم والمجالات

٩	تمهيد
١٠	أولاً - مفهوم علم الاجتماع الطبى
١٥	ثانياً - عوامل الالتقاء بين الطب وعلم الاجتماع
٢٧	ثالثاً - مباحث واهتمامات علم الاجتماع الطبى
٣٩	رابعاً - مستقبل علم الاجتماع الطبى

### المبحث الثانى العلاقات الإنسانية داخل التنظيمات العلاجية

#### الفصل الأول العلاقات بين الأطباء والمرضى من منظور بنائى وظيفى

٤٩	مقدمة
	أولاً - بارسونز وظهور التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى
٥٠	ثانياً - سوزاس وهولندر وتطوير التفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى
٧٠	ثالثاً - فريدسون وحركة النقد للتفسير البنائى الوظيفى للعلاقات بين الأطباء والمرضى
٧٤	رابعاً - الخلاصة
٨٦	
٤٠١	

## الفصل الثانى التغيرات التى طرأت على العلاقة بين الطبيب والمريض

- ١ - تمهيد ..... ٩٣
- ٢ - التغيرات التى طرأت على دور الطبيب ..... ٩٣
- ٣ - التغيرات التى طرأت على دور المريض ..... ١٠٢
- ٤ - التغيرات التى حدثت فى مجال العلاقة بين الطبيب والمريض ..... ١٠٧

## الفصل الثالث الملامح البنائية لدور المريض

- أولاً - مقدمة ..... ١١٥
- ثانياً - نظرة تاريخية لدور المريض ..... ١٢٠
- ثالثاً - العوامل التى تؤثر فى استجابة المريض للمرض ..... ١٢٣
- رابعاً - العوامل التى تساهم فى عدم طاعة المريض وتعاونيه مع الطبيب ..... ١٣٤
- خامساً - علاقة دور المريض بتصور الانحراف الاجتماعى ..... ١٣٦

## الفصل الرابع دور الطبيب فى تنمية الوعى الصحى

- لدى المريض ..... ١٣٩

## الفصل الخامس التمريض وأهميته

- نبذة تاريخية عن مهنة التمريض ..... ١٦٩
- ١ - التمريض: معناه ..... ١٧١
- ٢ - أخلاقيات وآداب مهنة التمريض ..... ١٧٤
- ٣ - أسباب عدم الإقبال على مهنة التمريض ..... ١٧٧
- ٤ - الدور الاجتماعى للممرضة ..... ١٧٨

## المبحث الثالث الصحة والمرض من منظور اجتماعى

### الفصل الأول الصحة ... المفهوم والمجالات

١٨٩	تمهيد
١٨٩	أولاً - مفهوم الصحة
١٩١	ثانياً - الصحة العامة ومجالاتها
١٩٤	ثالثاً - قياس مستويات الصحة
١٩٦	رابعاً - عوامل نجاح الصحة وحلها فى المجتمع
١٩٨	خامساً - الأنماط الاجتماعية والثقافية وتأثيرها على الصحة
٢٠٠	سادساً - الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية

### الفصل الثانى البيئة وصحة المجتمع

٢٠٩	مقدمة
٢١٠	أولاً - مجالات صحة البيئة
٢١٤	ثانياً - التلوث البيئى
٢٢٢	ثالثاً - تصور مستقبلى للبيئة الصحية

### الفصل الثالث المرض ... المفهوم والأسباب والنظريات

٢٢٧	مقدمة
٢٢٨	أولاً - مفهوم المرض وتطور فكرته عبر العصور المختلفة
٢٣٠	ثانياً - أسباب المرض
٢٣٤	ثالثاً - تصنيف المرض
٢٣٨	رابعاً - طرق انتشار المرض
٢٤٤	خامساً - وسائل الوقاية والعلاج من الأمراض
٤٠٣	



## الفصل الرابع المرض والمهنة

- ٢٤٧ ..... مقدمة  
٢٤٧ ..... أولاً - الأمراض المهنية  
٢٥٣ ..... ثانياً - ارتباط الصناعة بالأمراض المهنية  
٢٦٠ ..... ثالثاً - طرق الوقاية من الأمراض المهنية

## الفصل الخامس المرض والعشوائيات

- ٢٦٥ ..... مقدمة  
٢٧٠ ..... أولاً - بداية المشكلة السكانية وظهور العشوائيات  
٢٧٤ ..... ثانياً - مشكلة العشوائيات على المستوى العالمى والمصرى  
٢٧٧ ..... ثالثاً - المناطق العشوائية فى مدينة الإسكندرية  
٢٧٩ ..... رابعاً - الأمراض المنتشرة فى المناطق العشوائية وأبعادها الاجتماعية

## الفصل السادس الطب الإسلامى

- ٢٩٣ ..... أولاً - مقدمة  
٢٩٤ ..... ثانياً - مفهوم الطب الإسلامى  
٢٩٦ ..... ثالثاً - مفهوم الطب النبوى وأنواعه  
٢٩٨ ..... رابعاً - خصائص الطب الإسلامى وأسيبه  
٣٠٢ ..... خامساً - معايير الطب الإسلامى  
٣١٠ ..... سادساً - مشروعية الطب الإسلامى  
٣١٢ ..... سابعاً - تعقيب

## الفصل السابع الطب البديل

- ٣١٥ ..... مقدمة  
٣١٦ ..... أولاً - تعريف الطب البديل

- ثانياً - فوائد الطب البديل ..... ٣١٧  
ثالثاً - أسباب اللجوء للطب البديل ..... ٣٢٠  
رابعاً - التطبيب في الإسلام ..... ٣٢٧

## المبحث الرابع قضايا طبية من منظور اجتماعي

### الفصل الأول التلقيح الصناعي ومشكلة العقم

- أولاً - مقدمة ..... ٣٣٣  
ثانياً - أسباب العقم ..... ٣٣٥  
ثالثاً - علاج العقم والتلقيح الصناعي ..... ٣٣٨  
رابعاً - المشاكل الأخلاقية الناجمة عن التلقيح الصناعي ..... ٣٤٢  
خامساً - بعض المحاذير الناجمة عن التلقيح الصناعي ..... ٣٤٤  
سادساً - الحكم العام في التلقيح الصناعي ..... ٣٤٦

### الفصل الثاني التحليل الاجتماعي لمرض الإيدز

- أولاً - مقدمة ..... ٣٥١  
ثانياً - مفهوم الإيدز ..... ٣٥٢  
ثالثاً - انتشار الإيدز وأنواعه ..... ٣٥٤  
رابعاً - أعراض المرض وطرق انتقاله ..... ٣٥٧  
خامساً - الوقاية والعلاج ..... ٣٦٣  
سادساً - قيم المجتمع في مواجهة الخطر ..... ٣٦٤  
سابعاً - الوضع الاجتماعي لمرض الإيدز ..... ٣٦٨

## الفصل الثالث نظرة المجتمع للاستنساخ

المقدمة	٣٧٧
أولاً - تعريف الاستنساخ	٣٧٧
ثانياً - استنساخ البشر	٣٧٨
ثالثاً - محاذير الاستنساخ البشرى	٣٨١
رابعاً - الإيجابيات فى الاستنساخ	٣٨١
خامساً - السلبيات فى الاستنساخ	٣٨٤
سادساً - الاستنساخ والمجتمع والأسرة	٣٨٦
سابعاً - الاستنساخ بين الرفض والقبول	٣٨٨
مراجع الكتاب	٣٩١









Bibliotheca Alexandrina



0665486